

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России
Академия постдипломного образования

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

Постнов В.В., Никифоров И.А., Костюк Г.П. Бурьгина Л.А.,
Белова М.Ю., Истомина В.В., Ливанов А.С.

**ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ
В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Учебное пособие

Москва 2023 год

ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО

**АКАДЕМИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»**

«ОДОБРЕНО»

Решением ученого совета
(протокол № _____)

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе
Академии постдипломного
образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА
России

_____ А.В. Кочубей

" ____ " _____ 20__ г.

Психокоррекция и психотерапия в медицинской реабилитации

(Учебное пособие)

Москва 2023 год

Рецензенты:**д.м.н., профессор Скворцова Е.С.****д.м.н., профессор Кардашян Р.А.**

Постнов В.В., Никифоров И.А., Костюк Г.П. Бурьгина Л.А., Белова М.Ю., Истомина В.В., Ливанов А.С. «Психокоррекция и психотерапия в медицинской реабилитации». - М.: 2023. - 72 с.

Реабилитация является системой государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно-полезному труду. В соответствии с современными подходами к проблеме повышения качества психиатрической помощи именно реабилитация должна стать важным звеном, которое необходимо для реализации комплексного терапевтического вмешательства.

Учебное пособие предназначено для врачей психиатров, психиатров-наркологов, клинических ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальностям «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия».

Содержание

Медицинская реабилитация и роль психологической, психотерапевтической помощи при её проведении	5
Общие вопросы клинической психологии в рамках медицинской реабилитации.	12
Психологический кризис. Основы кризисной психологической помощи при медицинской реабилитации.	17
Проблемы психологической адаптации в медицинской реабилитации.	22
Отношение пациента к болезни и его влияние на результаты лечения и реабилитации	25
Внутренняя картина болезни, внутренняя картина здоровья. Их формирование в процессе реабилитации	28
Динамика преодоления психологического кризиса при тяжёлых соматических и стрессовых психических расстройствах, возможности психологических мер реабилитации	31
Основные методы психокоррекции и психотерапии, применимые в рамках медицинской реабилитации	35
Примеры использования психокоррекции в медицинской реабилитации при тяжёлых соматических заболеваниях и расстройствах	43
Реабилитация пациентов с наркологическими заболеваниями	56
Заключение	64
Контрольные вопросы	66
Список литературы	67

Медицинская реабилитация и роль психологической, психотерапевтической помощи при её проведении

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс мероприятий, помогающих полностью или частично восстановить нарушенные функции организма после заболеваний или травм. Полноценная реабилитация должна включать в себя также и меры психологической, психотерапевтической и социотерапевтической поддержки больного (Карвасарский Б.Д. и соавт., 2006). Дело в том, что в ряде случаев *болезнь, травма и последующие изменения в организме пациента*, изменения вследствие лечения и осложнений, вынужденная порой затем инвалидность или ограничения функциональной и социальной активности *могут вызывать эмоциональные переживания*, с которыми больному трудно справиться без помощи специалистов – клинических психологов или психотерапевтов. Медицинская реабилитация – это, как правило, процесс достаточно длительный и требующий от самого пациента вложения собственных усилий, а нередко и принятия волевых решений относительно своего здоровья и последующей жизни. Утрата былого здоровья – это ещё и психологическая травма, с ломкой, а то и крушением прежних, имеющихся до болезни установок, планов. Это само по себе требует немалых сил для преодоления такой непростой проблемы, содержит определённый риск развития стрессовых расстройств (Ачкасов Е.Е. с соавт., 2018). Адекватная мобилизация психологических ресурсов на выздоровление может требовать от пациента значительных личностных изменений. Это касается сложившихся привычек, стереотипов и т.д. **Освоение новых для себя навыков** соблюдения режима и диет, изменение способов взаимодействия с окружающими, более строгое соблюдение гигиены труда и отдыха, не даётся большинству пациентов легко и просто. Это одна из основных задач психологической поддержки при медицинской реабилитации. Вдумчивое и последовательное **информирование** пациента, а при необходимости и его близких родственников, помощь в освоении нужных

знаний, разъяснение деталей, понятий и терминов, которые нужны при достижении целей выздоровления – не менее важная задача в этом комплексе мероприятий. Формальное и поверхностное зачитывание сухой информации больному, видимость разъяснительной работы могут лишь настроить его как минимум на такое же формальное соблюдение процедур, а порой и откровенный отказ от предлагаемой реабилитации. Соответственно, следующая задача этого комплекса мероприятий — это **помощь в мотивации** больного на *освоение предлагаемых знаний*, а также на *активное участие в собственном выздоровлении*. Принять необходимость предлагаемых мер, тем более – сделать свой выбор в пользу выздоровления, фактически – решиться на путь осознанных и непростых изменений своей жизни после основного этапа лечения самому пациенту может быть весьма непросто без квалифицированной помощи специалистов-психологов или психотерапевтов. Достаточно часто в комплексе мер медицинской реабилитации необходима **профилактика стрессовых расстройств** и других деструктивных психологических последствий перенесённых эмоциональных потрясений вследствие самой болезни, как и проблем адаптации. Это касается расстройств тревожно-депрессивного характера, расстройств адаптации с нарушением поведения, а нередко и проблем злоупотребления алкоголем или наркотиками. Тяжёлые соматические заболевания, тем более – перенесённые калечащие хирургические операции, утрата профессиональных навыков вследствие этого и вынужденные изменения социальной и профессиональной активности – всё это может являться показанием для **кризисной психологической помощи**, а порой и поводом для так называемой **суицидальной настороженности** в работе специалистов врачей-психиатров, психотерапевтов и клинических психологов. Немаловажное значение при оказании медицинской помощи больному на этапе реабилитации имеет проблема его **ресоциализации, возвращения утраченной социальной активности**, пусть, порой, и в другой роли, в другом качестве и в иной степени вовлечённости, чем это могло быть до болезни. **Реабилитационные программы** в большинстве своём направлены

на восстановление личного и социального статуса больных путем раскрытия, обогащения и использования психологического потенциала личности, медицинской среды и микросоциального окружения (Ачкасов Е.Е., Машковский Е.В., Творогова Н.Д., 2018). Эти же авторы отмечают: меры психологической и психотерапевтической помощи в рамках медицинской реабилитации направлены в том числе и на обеспечение осознания пациентом своей полноценности как члена общества вне зависимости от наличия у него тех или иных болезненных проявлений и даже дефекта, на восстановление его чувство собственного достоинства и полезности для других, коррекцию самооценки и предупреждение самоизоляции. Для полноценного возвращения пациента к трудовой деятельности может потребоваться психологическая подготовка. При оказании психокоррекционной и психотерапевтической помощи в этом случае специалист-психотерапевт или клинический психолог учитывает не только клинико-психологические характеристики пациента, его ценностные ориентации, внутреннюю мотивацию на лечение, но и его коммуникативные способности на данный период, его семейную ситуацию, обоснованность и сроки возвращения к труду, в ряде случаев и его готовность к изменению места работы или даже к смене профессии.

Профилактика стигматизации и самостигматизации – это задача именно психологической реабилитации. Под стигматизацией (от греч. «стигма» - клеймо) понимают формирование негативного отношения к отдельному человеку или группе людей на основании каких-то психологических, физических, интеллектуальных и других особенностей, недостатков, как повода для осуждения или дискриминации. Самостигматизация — это когда индивид сам на себя накладывает определенные ограничения и стереотипы, как правило, из-за болезней, травм, комплексов. *«Болезнь как самостоятельная психотравма»* - в клинической психологии и психотерапии рассматривается при изучении психологических особенностей лечебного процесса, как особая и значимая проблема. Как известно, заболевание, особенно тяжёлое, может стать препятствием для реализации жизненных планов, ограничивающим

сферу деятельности, изменяющим характер и содержание общения, влияющим на направленность и ценностные ориентации личности (Карвасарский Б.Д., 2006).

При том, что многим специалистам-медикам и психологам знаком тезис «психика и соматика – две части одной кибернетической системы», не всегда между соматическими процессами и проблемами бывают уместны прямые параллели с процессами и проблемами психологическими. Основной этап лечения заболеваний включает в себя зачастую купирование угрожающих жизни симптомов. Этап долечивания и реабилитации с точки зрения узко медицинской – это более **консервативный период**. Но именно в этот период нередко **на первый план выходят проблемы уже психологические, вплоть до критических**. Поэтому как раз на этапе реабилитации важно психологическое и психотерапевтическое, социотерапевтическое сопровождение больного в процессе выздоровления и адаптации к новой для него жизни, жизни после перенесённого тяжёлого заболевания.

Необходимо отметить, что медицинская реабилитация тесно взаимосвязана с другими аспектами реабилитации. Как отмечает Г.Н. Пономаренко (2023), **медицинская, социальная и профессиональная реабилитация** формирует единую систему – **«реабилитационный треугольник»**. И в каждом из указанных аспектов реабилитационного треугольника в той, или иной степени могут быть задействованы психологические меры помощи больному. Стоит также отметить, что медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает комплексное применение лечебных и психологических факторов и методов.

Учитывая, что **цель медицинской реабилитации** – максимальное восстановление (или компенсация) последствий патологического процесса (болезни, увечья), а **задачи** – восстановление функций повреждённых органов, систем и организма в целом (то есть, включая психические его функции); коррекция высшей нервной деятельности и формирование адекватного

отношения к заболеванию, работе, окружающему миру, правильной самооценки; восстановление резервов адаптации организма (и личности), то справедливо будет утверждать, что меры психологической помощи и поддержки больного здесь имеют значение во всех аспектах и при решении всех задач. Е.Е. Ачкасов, Е.В. Машковский, Н.Д. Творогова (2018) подчёркивают, что клиническая психология является важной составляющей медицинской реабилитации и при этом *знание основ клинической психологии необходимо врачу любой специализации для более эффективной реализации лечебно-реабилитационных программ у больных и инвалидов.*

Продолжим список необходимых для нашей темы понятий и определений.

Психологическая реабилитация – система психологических мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного статуса больных (Пономаренко Г.Н., 2023).

Психосоциальная адаптация — интегративный показатель состояния человека, отражающий возможности выполнять его определенные биопсихосоциальные функции (Ачкасов Е.Е. и соавт., 2018).

Реабилитационный потенциал – совокупность соматических, психофизиологических и мотивационных характеристик пациента, позволяющих в той, или иной степени реализовать его потенциальные возможности. Выделяют высокий, средний и низкий реабилитационный потенциал (Пономаренко Г.Н., 2023). В практическом отношении – это **реабилитационная перспектива** (Дудко Т.Н., 2002).

Говоря о больных подросткового возраста, имеющих проблемы наркологического характера после основного этапа лечения, О.В. Зыков и А.Д. Артемчук (2001) употребляют термин «**реабилитационное пространство**», подразумевая «...территориальную систему учреждений, служб, ведомственных структур, общественных инициатив и организаций, принимающих участие в профилактике социальной дезадаптации несовершеннолетних и их реабилитации». Данное определение, на наш взгляд,

вполне приемлемо и в отношении проблем реабилитации больных другого возраста, и с другими проблемами медицинского характера.

Реабилитационный диагноз – формализованный перечень основных дефектов поражённого органа или системы у конкретного пациента (Пономаренко Г.Н., 2023). Стоит отметить важность и место в указанном перечне проблем именно психологического и психиатрического характера, учитывая влияние на процесс выздоровления и реабилитации степени переживания и осознания внутренней картины болезни, внутренней картины здоровья конкретным пациентом, упоминаемого уже реабилитационного потенциала.

Реабилитационный прогноз – обоснованная вероятность реализации реабилитационного потенциала и достижения намеченных целей реабилитации с учётом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей (Пономаренко Г.Н., 2023). Здесь особо стоит отметить важность одного из критериев упоминаемого ранее фактора реабилитационного потенциала: **мотивационных характеристик**, то есть степени готовности пациента к осознанному и активному участию в реабилитационных мероприятиях.

В качестве **принципов психологической реабилитации** стоит отметить указанные Т.Н. Дудко (2002) в реабилитации больных наркологическими заболеваниями, вполне приемлемые к больным с другими медицинскими проблемами: 1) добровольность участия больного в лечебно-реабилитационном процессе; 2) доступность и открытость лечебно-реабилитационных учреждений; 3) доверительность и партнёрство; 4) единство социально-психологических и медико-биологических методов целевого воздействия; 5) многообразие и индивидуализация форм (моделей) реабилитационных мероприятий.

Ещё один важный термин, который стоит обязательно обозначить в данной теме – это **абилитация**, как система и процесс формирования у больных, перенесших тяжёлое заболевание, способностей к бытовой,

общественной, профессиональной и иной деятельности. От реабилитации абилитация отличается тем, что под реабилитацией подразумевают восстановление утраченных когда-то навыков и способностей, а абилитация направлена на развитие потенциальных, ранее отсутствующих способностей и навыков.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение медицинской реабилитации.
2. В чём заключается особенность психологической реабилитации?
3. Что представляет собой реабилитационный потенциал?
4. Перечислите уровни реабилитационного потенциала.
5. Что отличает абилитацию от реабилитации?
6. Насколько актуальна проблема «болезнь как самостоятельная психотравма» с точки зрения медицинской и психологической реабилитации?
7. Что включает в себя «реабилитационный треугольник»?
8. Обязательны ли меры ресоциализации больного в рамках комплексной медицинской реабилитации?
9. Как называется степень готовности пациента к осознанному и активному участию в реабилитационных мероприятиях?
10. Для чего необходимо знание основ клинической психологии врачам, принимающим участие в реабилитационных мероприятиях?

Общие вопросы клинической психологии в рамках медицинской реабилитации.

Реакция на болезнь. Стресс. Стрессогенные факторы.

Как уже отмечалось, восстановление нарушенных функций организма при заболеваниях и после травм, как основная задача реабилитации, не может быть полноценным без собственного **активного участия пациента** в этом процессе. Если ряд медицинских вмешательств, таких, как хирургическая операция, реанимационные мероприятия и т.п., возможны с позиции так называемого патерналистского подхода (**патерналистский** – от лат.: *paternus* – «отцовский, отеческий»), когда роль лечащего является ведущей, то в период долечивания и реабилитации для достижения цели необходимо так называемое **партнёрское взаимодействие** представителя помогающей профессии с самим пациентом (Камалиева И.Р., 2019; Лядова А.В., Лядова М.В., 2019). От самого пациента, как полноправного участника этого взаимодействия, зависит соблюдение назначений и рекомендаций врача – от режима и диет, до пересмотра и изменения образа жизни, выработанных ранее привычек и установок. Период медицинской реабилитации в целом ряде случаев может занять достаточно длительный срок и требовать от пациента в это время немало волевых усилий и дисциплинированности. Даже личность, преморбидно (до болезни) достаточно зрелая и психологически устойчивая может справляться с такими задачами не всегда идеально. А особенности заболевания или травмы, вместе с упомянутыми преморбидными особенностями личности, могут вызывать так называемые деструктивные варианты эмоциональной **реакции на болезнь**. Кроме снижения собственной активности в реабилитационном процессе и отказа – полного, или частичного – в лечебных мероприятиях этого периода, указанные варианты реакции на болезнь могут быть основой для развития уже **вторичных расстройств**. Среди этих вторичных расстройств особо стоит выделить **психические расстройства** аффективного спектра: самые разные проявления **депрессий**, а также **расстройства адаптации**. Нельзя не отметить

и случаи начала **злоупотребления алкоголем** или другими психоактивными веществами на основе **переживаний из-за болезни** и её последствий. Значит, вместе с упоминаемыми уже мерами мотивационного характера, выработкой психологической установки на **комплаенс** (приверженность к определённому курсу лечения и реабилитации), психологической и психотерапевтической поддержкой в адаптации к жизни в новых для больного условиях, необходима профилактика, а в ряде случаев и лечение стрессовых психических расстройств, которые могут возникнуть именно в период медицинской реабилитации.

Говоря о психологической и психотерапевтической помощи в системе оказания комплексной реабилитации больных, стоит уточнить и разобрать ещё несколько необходимых определений, понятий и терминов.

Прежде всего, это касается понятия «**стресс**», означающего «напряжение», «нажим», «давление». Впервые этот термин предложил Ганс Селье в 1926 году, позаимствовав его из науки о сопротивлении материалов, понимая под ним совокупность неспецифических реакций организма на любое требование извне. Современное определение стресса – это системная реакция организма на биологическое, химическое, физическое или психологическое воздействие (стрессор), имеющее приспособительное значение (Петрова Н.Н., Пашковский В.Э., 2023).

Выделяют два вида стресса. **Острый стресс**, где имеют место ситуации конфликта, с условиями противоречивых требований и мотиваций, фрустрация – блокирование реализации актуальной потребности, а также – кризис, с необходимостью значительного и резкого изменения стереотипов деятельности. Второй вид стресса - **хронический**, когда на первый план выходит не только и не столько интенсивное одномоментное воздействие на психику, как при остром стрессе, а воздействие, даже возможно умеренное, но длительное или часто повторяющееся.

Согласно Г. Селье, наблюдавшего больных, страдающих расстройствами различных систем организма, у всех из них проявлялись общие симптомы,

описанные им, как «синдром просто болезни»: изменения в коре надпочечников (кровоизлияния, увеличение размеров), истощение лимфоидной ткани, изъязвления в желудке. Эти признаки – следствие активизации работы надпочечников, выброса в кровь биологически активных веществ, названные им неспецифическими приспособительными реакциями организма. Специфические приспособительные реакции организма на стимулы, воздействующие на организм – это, например, повышение потоотделения при жаре, либо – дрожи при холоде.

Источники **стимулов, вызывающие** такие специфические и неспецифические **приспособительные реакции**, называемые также терминами **«стрессор», «стрессогенный фактор», «стресс-ситуация»** - это чрезвычайные или патологические раздражители, довольно значительные по силе и продолжительности.

Стресс – не есть обязательно вредное и деструктивное явление, которого стоит избегать. Так называемый **эустресс** – напряжение, вызванное вполне положительными событиями, субъективно воспринимаемыми, как приятные и полезные, вызывающие прилив сил и заряд бодрости. Неприятные стрессовые состояния, вызывающие отрицательные переживания, вызывающие ослабление ресурсов, называют **дистрессом**. Тем не менее, граница между эустрессом и дистрессом, между «пользой и вредом» от них, на самом деле, достаточно прозрачная, субъективная, неоднозначная и условная. Дело в том, что и ответ на «положительный», приятный стресс может быть избыточным и вызывающим негативные последствия в организме (например, гипертонический криз или обморок в ответ на радостное известие), а «негативный» стресс порой помогает справиться с трудной ситуацией и преодолеть ранее непреодолимое препятствие.

В отличие от животных, физиологическая реакция человека может определяться не только непосредственным влиянием стрессора, но и его психологическим воздействием на личность (Шойгу Ю.С. с соавт., 2009). Лазарус Р.(1970) разделяет системный (физиологический) и психический

(эмоциональный) стресс. В рамках его теории различия между системным и психологическим стрессом заключаются в том, что при втором, эмоциональном (психологическом) стрессе прямого повреждающего воздействия на организм может и не быть. Необходимым условием для него является восприятие угрозы, а своего рода сигналом, указывающим на недостаточность функциональных резервов, является чувство тревоги, поводом для которой может стать весьма субъективное и неоправданное восприятие ситуации.

Динамика общего адаптационного синдрома, или стресс-реакции по Г. Селье, включает в себя три стадии: «тревога и напряжение»; «сопротивление-резистенция» и «истощение».

Первая стадия тревоги и напряжения – начальный отклик организма на потенциальную опасность или угрозу. После «сигнала тревоги» из головного мозга повышается артериальное давление, учащается сердцебиение, кровь перераспределяется преимущественно в пользу тех частей тела, которые более задействованы в возможной обороне или нападении: мышцам рук, ног, туловища. Призван этот отклик для того, чтобы своеобразная «встряска» организма, затрагивающая практически все системы, мобилизовала необходимые ресурсы.

Вторая стадия – сопротивление-резистенция наступает, когда стрессогенный фактор слишком силён или его действие продолжается достаточно длительно. Предназначение этой стадии в том, чтобы оптимизировать расходование энергии для адаптации, обеспечения готовности к борьбе организма за жизнь. Изменения, происходящие в этой стадии пока вполне обратимы и при прекращении воздействия стрессора возможно возвращение организма в состояние нормы (Шойгу Ю.С. и соавт., 2009).

С наступлением **третьей стадии – стадии истощения** энергия и основные физиологические, психологические резервы исчерпаны, а с ними исчерпываются и возможности сопротивляться стрессу. Нарушения вследствие такого истощения ресурсов становятся стойкими и при продолжении действия

стрессора становится всё более неизбежной гибель, либо - процесс разрушения через болезнь и другие проявления стойкой дезадаптации.

Дезадаптация – состояние стойкого нарушения гомеостаза, динамического равновесия организма и окружающей среды, наступающее в случае истощения защитных механизмов при продолжении действия стрессогенного фактора.

Возвращаясь к упоминаемому ранее термину «стрессор», можно выделить **«факультативный стрессор»**, подразумевающий вероятность и возможность подготовиться к тому, чтобы адаптация была возможной и достаточной, а также – **«облигатный стрессор»**, подразумевающий неизбежные признаки дезадаптации в той, или иной степени, независимо от уровня подготовки к нему индивида. Примером может служить пребывание в экстремальной ситуации с угрозой для жизни, в частности, так называемая «боевая травма», что требует после завершения такой ситуации длительной психологической реабилитации.

С точки зрения нашей основной темы стоит особо выделить некоторые стрессы. Прежде всего **«догоспитальный»** (переживания острого периода болезни, со страхом за свою жизнь, в ожидании помощи) и **«госпитальный»**, вследствие воздействия сенсорных факторов – зрительные раздражители, соответствующие звуки и запахи, достаточно порой мощные, которые сопровождают человека, впервые за долгое время оказавшегося в медицинском учреждении (Загуровский В.М., 2014). Все они в той, или иной степени напоминают человеку о возможной угрозе в виде боли и неприятных ощущений, неизбежных при диагностических процедурах, возможных лишениях и негативных перспективах после установления диагноза. Даже при наличии сильного, стойкого характера и адаптированности личности, все эти факторы не могут не влиять на проявление повышенного напряжения и волнения пациента, хоть и сдерживаемого. Сознание пациента в этом состоянии является суженным, информация воспринимается порой буквально, анализ и контроль снижены.

В хирургии достаточно часто актуальны такие клинико-психологические понятия, как «**предоперационный**» и «**послеоперационный**» стрессы. Переживания и тревоги, связанные с ожиданиями рискованного хирургического вмешательства, страх перед возможной болью или осложнениями предстоящей операции трудно нивелировать усилиями воли. Порой они оказывают достаточно сильное стрессовое воздействие на личность больного.

Послеоперационный стресс, кроме переживаний, связанных с неизбежными ощущениями боли и дискомфорта, содержит переживания в связи с неизбежными изменениями привычного образа жизни, снижения уровня жизненной активности, порой и ограничений профессиональной активности и даже инвалидизации. Как бы человек не был информирован об этом заранее, неизбежность таких последствий в реальности переживается зачастую более неприятно и интенсивно. Эти факторы необходимо учитывать при оказании пациенту помощи в процессе реабилитации, не меньше, чем на этапе основного лечения.

Психологический кризис. Основы кризисной психологической помощи при медицинской реабилитации.

Кризис – в переводе с греческого «разделение дорог», «поворотный пункт», что означает **угрозу и необходимость действия**, решительных изменений. Психологический кризис – это неблагоприятный и тяжёлый период в жизни человека, причинами которого является травмирующая ситуация, произошедшая независимо от его воли. Кризис возникает при невозможности преодолеть препятствие в достижении жизненно важных целей способами, сформированными на основе предыдущего индивидуального опыта (Петрова Н.Н., Пашковский В.Э., 2023). Эти же авторы предлагают своё определение: **«Психологический кризис – реакция здорового человека на трудную, эмоционально значимую для него жизненную ситуацию, требующую**

новых способов адаптации и преодоления, так как имеющихся недостаточно». Преодоление кризиса соматического на основном этапе лечения (имеется ввиду угрожающее жизни состояние или осложнение в ходе лечения), как уже отмечалось, не является гарантией того, что не наступит кризис психологический, когда для сознания больного становится виднее и понятнее весь масштаб произошедшего с ним из-за болезни. Сам факт наличия той, или иной угрозы, как необходимости изменений, свидетельствует о том, что в таких условиях можно рассуждать **о реакциях здорового человека**, как указано в определении, **лишь до наступления кризиса**, так как уже в самом кризисе явно могут присутствовать признаки самых разных **нарушений психического здоровья**. По определению Всемирной организации здравоохранения, *психическое здоровье – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества*. В состоянии психологического кризиса такое состояние благополучия уже недоступно и требует мер психологической помощи и поддержки. Принято рассматривать само понятие «кризис», как преимущественно негативное, с акцентом на упоминаемую уже угрозу. Хотя, на самом деле, именно **необходимость преодоления кризиса и является одним из эффективных механизмов роста и развития**.

Организм постоянно стремится поддерживать гомеостатическое **равновесие с внешней средой**. Когда это равновесие под угрозой, человек занимается решением проблем его восстановления. Это проявляется в виде **динамического процесса**, в котором автор выделяет четыре фазы. **Первая** - «триггер», когда **событие, провоцирующее конфликт**, угрожающее самооценке, вызывающее повышение тревоги, **заставляет использовать защитные механизмы** в виде компенсации, рационализации или отрицания. Для людей с развитыми навыками совладания проблема может быть решена уже на этом этапе, и угроза не наступает, кризис не развивается. **Вторая** –

«эскалация», когда проблема не устраняется указанными привычными способами, тревога нарастает, дискомфорт усиливается. Дезорганизация личности сказывается в том, что человеку становится всё труднее думать, принимать решения и просто функционировать. Для восстановления эмоционального равновесия предпринимаются **попытки решения проблемы путём проб и ошибок**, что маловероятно для успеха и приводит к **состоянию беспомощности**. **Третья фаза – «перелом»**, когда вместе с упоминаемым состоянием беспомощности тревога усиливается до состояния паники и включается фактор «бегство или борьба». На этом этапе некоторые обращаются за помощью. С участием специалиста, а для кого-то, возможно, и самостоятельно предпринимаются **попытки трансформации проблемы**, рассмотрения её под новым углом, а также – **пересмотр потребностей и переоценка ситуации**. В ряде случаев эти методы оказываются успешными и кризис разрешается, человек возвращается к функциональному уровню. Если проблема так и остаётся нерешённой, наступает **четвёртая фаза – «дезорганизация личности»**, с проявлением субпсихотических форм реагирования, агрессии, злоупотреблением алкоголем или наркотиками. В таком случае особенно необходима поддержка специалистов (G.Caplan, 1964).

В дальнейшем, изучая проблему психологических кризисов, Л.С. Выготский (1984), Ф.Е. Василюк (1984), А.О. Прохоров (1994), И.Г. Малкина-Пых (2005) всё больше обращают внимание на такие факторы, как **утрата смысла, необходимость переоценки системы ценностей**, стремлений, мотивов. Именно **пересмотр системы и иерархии жизненных ценностей и целей** в будущем для пациента, проходящего курс медицинской реабилитации, в той или иной степени необходим для того, чтобы адекватно приспособиться к новой жизни после периода активного лечения. Особенности заболевания, с его ограничениями физиологического, психологического и социального характера, невозможность функционирования на всех уровнях по-старому, являют собой вышеперечисленные поводы для тревог, переживаний и пресловутой угрозы эмоциональному равновесию. Методы психологической поддержки,

применяемые во время кризисных переживаний, иногда называют **«кризисной терапией»**, **«кризисной интервенцией»**. При том, что на этапе медицинской реабилитации используются способы и методы преимущественно консервативного характера, методы и приёмы психотерапии, психокоррекции и психологического консультирования могут включать в себя порой и более активные, решительные варианты профессиональных вмешательств.

С точки зрения кризисной психотерапии и психокоррекции, Н.Н. Петрова и В.Э. Пашковский (2023), опираясь на исследования отечественных и зарубежных авторов, предлагают рассмотрение следующих характеристик психологического кризиса. **Первое – это специфическое, эмоционально значимое событие для человека.** Deits В. (2000) указывает на одно из самых распространённых событий, вызывающих кризис: **утрату**, в самых разных вариантах этого понятия, от смерти близкого человека, до утраты материального благополучия, социального статуса, развода, супружеской измены и т.п. В данном случае под проблемой утраты стоит подразумевать прежде всего резкое и значительное изменение реальности, когда сознание, «карта мира» не успевает так же быстро приспособиться, адаптироваться к наступившим изменениям. Требуется время и дополнительные усилия к тому, чтобы такая адаптация осуществилась в должной мере. Травмы, в том числе психологические, упоминаемые уже перенесённые «соматические катастрофы» (инсульт, инфаркт, любые осложнения в ходе лечения с потерей сознания, пребывание в отделении реанимации и т.п.), тем более калечащие хирургические операции (ампутации, обширные вмешательства с последующей инвалидизацией) в качестве проблемы утраты могут содержать в себе потерю прежнего благополучия и привычного гомеостаза, поддержания своего эмоционального равновесия и ощущения уверенности в завтрашнем дне. Следующей характеристикой называют **состояние психического дискомфорта**, с переживанием сильного напряжения, тревоги, растерянности, нередко – вины. Эти чувства мешают нормально функционировать и продолжаются значительно дольше тех, которые приходилось уже испытывать

при преодолении возникающих жизненных проблем (Петрова Н.Н., Пашковский В.Э., 2023). С детства многие имеют опыт соприкосновения с трудностями. Нерешённая задача, необходимость выхода из тупиковой ситуации всегда сопровождалась чувством напряжения, волнения, тревоги. Эти эмоции как раз и направлены на мобилизацию ресурсов организма для преодоления психологического препятствия, решения проблемы. При возникновении более выраженной эмоционально значимой ситуации привычного навыка доступа к ресурсам с помощью напряжения и тревоги становится недостаточно, что и является одной из составляющих кризиса. Мобилизирующая ранее эмоция может становиться деструктивной, усугубляя кризис. **Дефицит информации по преодолению кризиса** – следующая из предлагаемых характеристик. «Praemonitus, praemunitus» - латинское изречение, означающее «предупреждён, значит вооружён», в ряде случаев являющееся как бы формулой желаемого успеха в преодолении трудностей. Имеющийся опыт действительно диктует необходимость обладания информацией, которая важна в решении задач. Но в случае с кризисной ситуацией выясняется, что как раз нужной информации недостаточно. Это, в свою очередь, усугубляет тревогу и состояние бессилия. **Возможность помощи** – четвёртая из предлагаемых характеристик. Отсутствие помощи в ситуации психологического кризиса может его усугубить или сделать непреодолимым. Помощь могут в разной степени оказать и специалисты, и близкие и даже равнодушные добровольцы. Дело лишь в объеме и особенностях такой помощи и поддержки.

Если психологический кризис преодолевается, то кризисные переживания поощряют рост и развитие индивида, его эмоциональную зрелость (Петрова Н.Н., Пашковский В.Э., 2023). То, что было основой для переживаний, при преодолении кризиса становится как бы базовым приобретением, своего рода **эмоциональным иммунитетом** при встрече с подобными проблемами в будущем. Непреодоленный психологический кризис становится хроническим, а значит, кроме ослабления интеграции личности, трудностей социального

функционирования, развиваются более глубокие нарушения психики, присоединяются и соматические симптомы.

Проблемы психологической адаптации в медицинской реабилитации.

В современной научной литературе есть достаточно много определений общей и психической адаптации. В.И. Медведев (1984) определяет адаптацию как **«системную реакцию организма, обеспечивающую возможность всех видов социальной деятельности и жизнедеятельности»**. В.В. Виноградов (1989) рассматривает адаптацию как **«совокупность реакций живой системы, поддерживающих ее функциональную устойчивость при изменении условий окружающей среды»**. Баевский Р.М. (1975) отмечает, что процессы адаптации направлены на поддержание равновесия внутри организма и между организмом и средой. Они, по мнению автора, связаны как с самосохранением функционального уровня саморегулирующейся системы, так и с выбором функциональной стратегии достижения цели. Платонов К.К.(1986) даёт определение адаптации, как **«пластичного приспособления внутренних изменений к изменениям внешним»**.

Психическая адаптация - есть непрерывный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также одновременно и результат этого процесса. Для описания результата адаптационного процесса используется термин **«адаптированность»**, включающий уровень фактического приспособления и уровень его социального статуса и самоощущения удовлетворенности или неудовлетворенности собой и своей жизнью (Столяренко Л.Д., 1997).

К.К. Платонов (1986) описывает три вида психической адаптации как взаимосвязанные и как составляющие компоненты - и адаптации, и дезадаптации. Первый из предлагаемых видов адаптации — это **физиологическая или психофизиологическая адаптация** как свойство

организма перестраивать физиологические функции в соответствии с требованиями среды. Второй вид адаптации — это **собственно психологическая адаптация**, нарушения которой связаны с психологическим стрессом. Третий из предлагаемых видов адаптации – это **психосоциальная адаптация** личности к общению с обществом, социумом.

В.М. Воробьев (1993) выделяет также такие признаки адаптации, как наличие потребности в разрешении конфликта, принципиальную неразрешимость конфликта привычными средствами и связанную с этим высокую степень психической напряженности. В данном случае адаптация рассматривается как **процесс психической регуляции в состоянии стресса**.

Ф.Б. Березин (1988) указывает на **взаимосвязь между психической деятельностью**, обуславливающей поведение, и **физиологическими механизмами**, обеспечивающими это поведение. Таким образом, психическая адаптация рассматривается как комплексный феномен, не сводящийся к только психологической (психической) адаптации. Непосредственно же «психическую адаптацию» Ц.П. Короленко (1978) определяет, как адаптацию на уровне психических функций, в их интегральной связи, как наиболее высокий уровень адаптации.

А.П. Коцюбинский и Н.С. Шейнина (1996) также выделяют **биологический, психологический и социальный уровень** психической адаптации, соответственно представлениям о трех уровнях психической регуляции - биологическом, индивидуально-личностном и личностно-средовом.

По мнению Ю.А. Александровского (1997), есть принципиальное отличие функциональной деятельности системы психической адаптации от всех других самоуправляемых систем. Это, прежде всего, механизмы сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека.

Если психическая адаптация включает в себя, кроме познавательных, ещё и эмоционально-волевые, практические и мотивационные аспекты, то

необходимо выделить так называемую **субъективную индивидуально-личностную оценку среды** (Ушатиков А.И., Казак Б.Б., 1998). Те же авторы, говоря о психосоциальной адаптации, обращают внимание на зависимость ее от целей и ценностных ориентаций индивида, от принятия им социальной роли.

Г.К. Ушаков (1987), подчеркивая комплексность процессов психической адаптации, выделяет среди уровней психофизиологического реагирования на психотравмирующую ситуацию, помимо личностного также и внеличностные, крупносистемные уровни - **нейровегетативный, нейроэндокринный, характерологический**.

Психическая адаптация, согласно **модели адаптационной психодинамики S.Rado**, базируется на 3 иерархических системных уровнях интеграции: **гедоническом, эмоциональном и мыслительном**. Таким образом, **психическая адаптация человека представляется как результат деятельности целостной самоуправляемой системы, активность которой обеспечивается не просто совокупностью отдельных компонентов, а их взаимодействием**, порождающим новые интегративные качества, не присущие изолированным системообразующим компонентам по отдельности (Карвасарский Б.Д., 2000). Это представляет собой так называемый **«системный эффект»**.

Г.А.Балл (1989) подчеркивает, что «по мере усложнения... систем тенденция к равновесию реализуется посредством развертывания и разрешения внутренних противоречий системы, неминуемы нарушения ее равновесия под влиянием внешних воздействий, а также в результате возникающих в ней самой, в процессе ее функционирования и развития, новых внутренних противоречий». Соответственно, «состояние равновесия временно, относительно, оно все время нарушается... процесс же уравнивания постоянен».

Симеонова Н.К. (1985) подчёркивает, что на процессы физиологической адаптации оказывают влияние также **конституционально-типологические особенности**, определяющие индивидуальную реактивность организма, его

адаптационные особенности, своеобразие течения физиологических процессов, патологическое предрасположение.

Отношение пациента к болезни и его влияние на результаты лечения и реабилитации

Таким образом, указанные конституционально-типологические особенности, которые во многом определяют индивидуальную реактивность организма, сказываются на том, что даже лёгкие травмы и воспаления, не требующие госпитализации больного, а уж тем более – последующей медицинской реабилитации, могут вызывать у разных людей совершенно отличные друг от друга варианты **отношения к болезни**. Тем более важно, в том числе и с точки зрения психологических и психотерапевтических мер поддержки больного в период реабилитации, если заболевание или травма значительно вмешивается в его жизнь и влечёт за собой целый ряд последствий, которые нельзя не учитывать. Травматическая или хирургическая ампутация органа или конечности, ограничение жизнедеятельности вследствие болезни, особенно, если это приводит к инвалидности, необходимости неоднократных, сложных, дорогостоящих, болезненных медицинских процедур и операций, так называемая **стигматизация** (от греч. «стигма» - «ярлык», «клеймо») при некоторых социально значимых заболеваниях (например - при заражении ВИЧ, венерическими заболеваниями) – далеко не полный перечень проблем со здоровьем, способных вызвать разный спектр эмоционального отношения к ним больных – от равнодушного неприятия с отказом от лечения, до панических реакций и суицидальных попыток. **Нормнозогнозия** – это адекватный тип реагирования, с совпадением оценки больным своего состояния и своих перспектив выздоровления с оценкой врача. Переоценка больным значимости отдельных симптомов, как и болезни в целом, вплоть до панических настроений и излишней, неоправданной активности с последующими результатами, лишь наносящими вред лечению и реабилитации

– этот тип называется **гипернозогнозией**. Недооценка значимости болезни, необходимости полноценного и комплексного лечения и последующей реабилитации, называется **гипонозогнозией**. Иногда эта недооценка может носить крайне выраженный характер с полным отрицанием у себя болезни и связанных с нею проблем, называясь **анозогнозией**. Такая форма отношения к болезни встречается у больных алкоголизмом, а также у некоторых онкобольных и пациентов с кардиологической патологией. Стоит отметить и такой вариант отношения к болезни, как **диснозогнозия**, когда восприятие больным проблем со здоровьем искажено и может включать как признаки преувеличения, так и недооценки некоторых симптомов. Кроме того, диснозогнозия может наблюдаться в случаях отрицания болезни и её симптомов с целью диссимуляции или из-за страха её последствий (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2010).

При том, что в современной клинической психологии на сегодняшний день описано множество классификаций реакций на болезнь, в системе мер медицинской реабилитации стоит учесть и особо выделить некоторые из них. Типы личностной реакции на заболевание по Якубову Б.А. (1982) включают в себя семь вариантов, которые стоит учитывать с точки зрения участия самого пациента в собственном выздоровлении и реабилитации. **Содружественная** реакция, характерная для лиц с развитым интеллектом, предполагает активное участие пациента с самого начала лечения. Такой больной как бы становится «ассистентом» врача, проявляя готовность и понимание, пунктуальность и послушание. Такие пациенты реже и меньше проявляют в процессе лечения и реабилитации психологическое сопротивление (фактор своеобразной бессознательной защиты, направленной на восстановление нарушенного гомеостаза организма). **Спокойная** реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами, адекватно реагирующих на все действия медицинского персонала, выполняющих все рекомендации и указания, но иногда могут не в полной мере осознавать всех аспектов своей болезни. Неосознаваемая реакция имеет, как правило, патологическую основу, выполняя

роль психологической защиты, особенно – при тяжёлых заболеваниях с неблагоприятным исходом. **Следовая** реакция характерна для больных, склонных к болезненным сомнениям, тревожным ожиданиям рецидива заболевания. Они чаще астенизированы, угнетены, в той, или иной степени проявляют признаки депрессии, склонны к ипохондрическим переживаниям и, как правило, нуждаются в психофармакотерапии помимо психокоррекционных и психотерапевтических мер. **Негативная** реакция характерна для больных, находящихся во власти предубеждений и тенденциозности. Недоверчивость, подозрительность и затруднения в контакте с медицинским персоналом, склонность к конфликтам – факторы, заставляющие их преодолевать и учитывать в процессе реабилитации. **Паническая** реакция – вариант упоминаемой выше гипернозогнозии в крайнем её проявлении, характерна для пациентов, особо внушаемых, находящихся во власти страхов. Такие больные нередко начинают консультироваться и лечиться сразу в нескольких лечебных учреждениях, а нередко и одновременно обращаясь к тем, кого Б.Д.Карвасарский называл «альтернативными специалистами в психотерапии»: знахарям, колдунам и шаманам (2006 г.). **Разрушительная** реакция, последствия которой бывают неблагоприятными, характерна для больных, ведущих себя неадекватно, не желающих менять свои привычки и игнорирующих все указания врача, отказывающихся от приёма лекарств и госпитализации в стационар.

Не менее полезной в оказании реабилитационной помощи больным, на наш взгляд, можно считать классификацию типов отношения к болезни, предложенную А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым (1980), описавшим 12 их вариантов: **гармонического**, с трезвой и правильной оценкой своего состояния; **эргопатического**, с «уходом в работу»; **анозогнозического**, с активным «отбрасыванием мыслей о болезни – мол, обойдётся, пройдёт и так»; **тревожного**, с верой в приметы и ритуалы, мнительностью и беспокойством; **ипохондрического**, с выраженной сосредоточенностью на болезненных переживаниях, преувеличением их значения, боязнью побочных действий

процедур и лекарств; **неврастенического**, с раздражительностью и нетерпеливостью, особенно при усилении болей, последующими затем раскаяниями и чувством вины перед «жертвами своего раздражения»; **меланхолического**, с удручённостью болезнью, неверием в результаты лечения и возможное выздоровление, необходимостью особого внимания со стороны персонала с точки зрения опасности суицида; **апатического**, с заметным, а порой и полным безразличием к себе и своему состоянию, пассивным подчинением процедурам и лечению; **сенситивного**, с особой чувствительностью к социальным связям и межличностным отношениям, опасениям, что окружающие будут негативно в них относиться из-за их болезни, страхом стать обузой для близких; **эгоцентрического**, с требованием к себе особого отношения, выставлением на показ своих страданий и «уходом в болезнь»; **паранойяльного**, с убеждённостью во влиянии чьего-то злого умысла, обвинении в своей болезни кого-то, от «наведения порчи» до «доведения до болезненного состояния» - близких, принимавших участие в их лечении медиков и т.п.; **дисфорического**, с завистью и ненавистью к здоровым, мрачно-озлобленным настроением, вспышками гнева по отношению к близким и персоналу, требованием угождения им и беспрекословного подчинения.

Внутренняя картина болезни, внутренняя картина здоровья.

Их формирование в процессе реабилитации

Проработка **внутренней картины болезни** больного, с применением не только разъяснительных мер и информирования, но и целого ряда психокоррекционных, психотерапевтических методов и приёмов может занимать разное количество времени с разными пациентами. Не всегда для такой работы есть полноценная возможность у лечащего врача и медицинских сестёр. Здесь необходимо вмешательство и участие психотерапевтов и клинических психологов. Кроме оказания психологической и

психотерапевтической помощи пациентам психотерапевты и клинические психологи могут проводить соответствующую **психообразовательную** работу с родственниками больных, а ряде случаев и с персоналом медицинского учреждения.

Кроме психологической реакции на соматическое заболевание стоит отметить и имеющееся в ряде случаев **соматогенное влияние болезни на психику больного**. Оно может быть связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей. Примеры такого воздействия – нарушения гемодинамики или интоксикация (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2010). Это необходимо учитывать при оказании реабилитационной помощи больным, как с точки зрения нарушения восприятия ими информации, так и с точки зрения нарушения эмоционального фона и поведенческих реакций.

Говоря о внутренней картине болезни, П.И. Сидоров с соавт. (2010), сопоставляя многие современные исследования этого феномена, выделяет несколько его сторон или уровней. Прежде всего – это **болевая сторона болезни (уровень ощущений)**. Кроме медикаментозного лечения боли больной нуждается в помощи её психологического преодоления. В этом может помочь целый ряд психокоррекционных и психотерапевтических методов – от гипносуггестивных до поведенческих. **Эмоциональная сторона болезни** – другой значимый уровень, где возможна проработка эмоционального отношения с помощью разных мер и способов психокоррекции и психотерапии. **Интеллектуальная сторона болезни** (рационально-информационный уровень), кроме упоминаемого уже информирования, связана также с размышлениями – как о причинах заболевания, так и последствиях лечения. И в работе с пациентом в системе медико-психологической реабилитации на результаты и процесс таких размышлений важно учитывать также **волевою сторону болезни** (мотивационный уровень). А мотивация больного на комплексное лечение и реабилитацию, как уже отмечалось, это процесс зачастую долгий, кропотливый и сложный, многоуровневый. Тут же

стоит различать понятия «**мотивация**» и «**мотивировка**». Как отмечает А.Е. Личко с соавт. (1991), мотивация – это побуждения, вызывающие данную деятельность и определяющие её направленность (потребности и инстинкты, стремления и желания, установки), а мотивировка – это объяснение самим субъектом причин своих действий, обычно путём указания на приемлемые для него обстоятельства. Мотивировка зачастую не совпадает с действительной мотивацией, маскируя её и искажая. В настоящее время всё более востребованным методом в работе с различными категориями пациентов является так называемое «**мотивационное интервью**» - техника психологического консультирования, в которой специалист становится помощником в процессе изменений и выражает принятие пациента, основываясь на пошаговой модели инструкции к изменению Д.Прохазки и К.ди Клементе (2013 г.).

Е.Е. Ачкасов с соавт. (2018) отмечает, что адаптация пациента с хроническими заболеваниями определяется степенью психологического, социального и физиологического совладания. Преодоление стресса включает широкий круг поведенческих и когнитивных стратегий, которые могут быть направлены – либо на изменение, переоценку или избегание стрессовых ситуаций, либо на смягчение их негативных воздействий. Изучение поведения, направленного на преодоление трудностей, стрессовых ситуаций, в зарубежной и отечественной психологии приводят в рамках исследований, посвященных анализу coping-механизмов или «coping behavior». Под совладающим поведением (**копингом**) понимают **особый вид социального поведения, позволяющий человеку с помощью осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией** (Ачкасов Е.Е., Машковский Е.В., Творогова Н.Д., 2018).

В процессе оказания реабилитационной помощи с пациентами необходима также проработка **внутренней картины здоровья** и так называемого образа достижения. В этот период уже недостаточно избавления от неприятных и

опасных симптомов болезни. Как пациент теперь может распоряжаться своим здоровьем, как его ценить и преумножать, как беречь себя от обострений и осложнений, помимо того, что назначает врач – тема на самом деле непростая и тоже требующая кропотливой и последовательной работы. Адекватное **планирование своей жизни в период долечивания и реабилитации**, а также – в последующем, более ответственное отношение к соматическим и эмоциональным ресурсам, тема **«лечебных и постлечебных планов»** – часть психокоррекционной и психотерапевтической работы в период медицинской реабилитации. Кроме индивидуальной разъяснительной и рациональной психотерапии здесь может быть применима групповая психотерапия в самых различных её вариантах, когда только в живом общении с социальным окружением людей с похожими проблемами возможно более глубокое и стойкое понимание ценности и значимости своего здоровья. Тут же стоит отметить и освоение так называемых **навыков антиципации** (от лат. *anticipation* – «предугадывание», способности прогнозировать, предугадывать результаты своего поведения, своих намерений и действий), так необходимых для полноценной реабилитации (Менделевич В.Д., 2018).

Динамика преодоления психологического кризиса при тяжёлых соматических и стрессовых психических расстройствах, возможности психологических мер реабилитации

В проведении комплексной медико-психологической реабилитации больных с различной патологией врачам стоит учитывать, что **при длительном, хроническом течении заболевания переживания своей болезни самим больным**, а нередко и его родственниками и близкими, **может прослеживаться определённая динамика**. Этапы (фазы) такой динамики отмечают П.И. Сидоров и А.В. Парняков (2010). **Предмедицинская фаза** включает в себя обнаружение симптомов болезни, осознание проблем со здоровьем, этап принятия решения начать лечиться, выбор специалиста и

соответствующего медицинского учреждения. Специалисты на этом этапе могут повлиять на такой выбор и скорость принятия решения лечиться лишь опосредованно, по мере распространения информации о методах лечения, своей профессиональной успешности и т.п.. **Фаза ломки жизненного стереотипа, этап сомнений и тревог** – в начале лечения, госпитализации, изоляции от работы и привычных дел. Грамотное и последовательное поведение медицинского персонала, с соблюдением норм профессиональной этики и деонтологии, адекватное информирование больного о характере и возможном прогнозе заболевания могут приблизить **фазу адаптации к болезни**, когда снижается излишняя напряжённость, исчезает былое чувство безысходности и больной начинает приспосабливаться к факту заболевания. Не для всех пациентов адаптация проходит полностью и успешно: **фаза «капитуляции»** может проявляться тем, что больной как бы примеряется к судьбой, становится угрюмым и равнодушным к лечению и предлагаемым мерам реабилитации, снижается его активное участие в собственном лечении, собственной судьбе. **Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления** к жизни может включать в себя на определённом этапе адаптации настрой на получение разного рода выгод от болезни, рентных установок. Последние две из вышперечисленных фаз обязательно должны сопровождаться активным привлечением к реабилитационным мероприятиям специалистов-психологов и психотерапевтов.

Суть психотерапевтической и психокоррекционной помощи в преодолении психологического кризиса в рамках медицинской реабилитации состоит в необходимости освоения пяти новых для индивида видов деятельности. **Во-первых** – это помощь в **усвоении** принципиально **новой информации**. Как уже отмечалось, в ряде случаев пациент, столкнувшись с болезнью, может иначе воспринимать информацию относительно своего здоровья. «Эмоциональная заряженность» темы ставшей для него актуальной болезни и проблем выздоровления как бы включает иное восприятие информации. Начинают срабатывать бессознательные защитные механизмы

психики, как бы оберегающие это больного от излишней тревоги и эмоциональной боли. Поэтому простого информирования пациента на тему проблем со здоровьем в процессе реабилитации недостаточно, нужно вдумчивое, последовательное разъяснение всех необходимых деталей и аспектов, с мотивацией на активное участие в собственном выздоровлении. «Школы здоровья», различные курсы, семинары и тренинги, столь популярные в последние годы – как подтверждение необходимости и полезности повышения уровня знаний для различных социальных групп, в том числе – пациентов на этапе медицинской реабилитации. **Во-вторых**, это необходимость освоения **новых навыков**. Здесь может иметь место целый комплекс – от коммуникативных, до навыков поддержания здорового образа жизни, самодиагностики пациентом своего состояния, с целью своевременного принятия мер, предупреждающих обострение и рецидивы болезни. **Третье** - необходимость новых **доступов к ресурсам** в любом их понимании – от финансовых до эмоциональных. Здесь применимы формы и методы проработки так называемых лечебных и реабилитационных планов самого пациента, с анализом вопросов «эмоционального, а не только финансового бюджета» на ближайшую и отдалённую перспективу. Тут же и применимы упоминаемые уже навыки антиципации и их развитие, как составляющая личностного роста пациента в процессе психологической реабилитации. Далее - это необходимость **пересмотра устоявшейся до того системе целей и ценностей**. А ещё – это вынужденная адаптация к **новой иерархии взаимоотношений**. Например, вышедший на пенсию руководитель большого предприятия, глава семейства, уважаемый для подчинённых и любимый домочадцами, опекаемый всеми в период редких выходных от лишних забот и хлопот, вынужден после перенесённого тяжёлого заболевания осваивать уже на этапе реабилитации знания и навыки походов по лечебным учреждениям и пунктам социального обеспечения, «выбивания пенсии» и отстаивания своих прав в бюрократических кабинетах. Он же сталкивается с необходимостью иного рассчитывания своего финансового бюджета и своего времени, которого

только на первый взгляд стало больше. «Времени свободного, может, и стало больше, но не хватает терпения им адекватно распорядиться» - достаточно частое выражение вышедших на инвалидность после болезни или на пенсию. Порой весьма непростой выбор пациентам после минования острого периода болезни приходится делать между воплощением в жизнь мечты о рыбалке или хобби с одной стороны, и необходимостью дополнительного заработка с другой. И, наконец, ранее беспрекословно подчиняющиеся члены семьи в целом ряде вопросов оказываются теперь более компетентными в решении бытовых проблем или в теме лечения, обследования, сохранения здоровья. Безусловно, всё это может весьма озадачивать и травмировать самолюбие человека, привыкшего к непререкаемости своего авторитета. Достаточно одного из указанных факторов, чтобы адаптация к нему оказалась невыполнимой задачей, чтобы развился какой-то из деструктивных механизмов, из тех, что дают о себе знать после тяжёлой болезни.

Вопросы для самоконтроля:

1. В чём суть патерналистского подхода в медицине?
2. Что такое комплаенс?
3. Перечислите стадии общего адаптационного синдрома по Г. Селье.
4. Что отличает облигатный и факультативный стрессоры?
5. Все ли лица, находящиеся в лечебном учреждении, испытывают госпитальный стресс?
6. Дайте определение психологического кризиса.
7. Зависит ли психосоциальная адаптация от целей и ценностей индивида?
8. Что означает нормозогнозия?
9. Каковы основные отличия гипозогнозии от анозогнозии?
10. Для чего нужна проработка внутренней картины здоровья в период медицинской реабилитации?

Основные методы психокоррекции и психотерапии, применимые в рамках медицинской реабилитации

Перечень методов психологической и психотерапевтической помощи пациенту в период медицинской реабилитации для решения задач по выходу из психологического кризиса может быть весьма широк, но прежде всего стоит уточнить самые важные в этом вопросе термины и определения. **Психологическая помощь** – область применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей, и может ориентироваться как отдельному субъекту, так и группе, организации (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2010).

Среди множества вариантов определений психологической помощи стоит выделить понятие **психотерапии**, как основного и наиболее традиционного её варианта. Из-за обилия школ, направлений и сфер применения психотерапии, развившихся за более, чем столетие, для разных специалистов, применяющих в своей работе приёмы и методы психотерапии стало необходимым определить её рамки и границы. На сегодняшний день существуют целые классификации определений психотерапии. В.В. Макаров (1999) предлагает к рассмотрению ряд определений в зависимости от своеобразной динамики как самой психотерапии, как вида медицинской и психологической помощи, так и в зависимости от расширения и изменения сфер применения её методов в различных областях человеческой жизнедеятельности, а также понимания этих процессов и тенденций. Наиболее традиционное определение обозначает психотерапию, как систему *лечебных воздействий* на психику и через психику – на организм человека. Другое определение психотерапии указывает на специфическую эффективную форму *воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья*. Позже, когда к концу двадцатого столетия значительно расширились рамки применения методов психотерапии, в определении этого вида помощи обозначились и задачи воспитания, вместе с

лечением: «психотерапия - это процесс *воздействия на психику больного* или группы больных, объединяющий *лечение и воспитание*». Наиболее подходящим определением психотерапии, применимым в рамках использования её в медицинской реабилитации стоит, на наш взгляд, рассмотреть определение, предложенное В.В. Макаровым (2000): **«психотерапия – это система психического (психологического) воздействия (словом, мимикой, молчанием, при помощи техник, изменяющих психические процессы и соматическое состояние, воздействия группы, специально организованной среды) на психику, а через неё и весь организм человека или группу с целью *лечения или профилактики* заболеваний и состояний дезадаптации, развития здоровья или достижения других сформулированных целей»**. При этом, для лучшего понимания возможностей психотерапии в рамках медицинской реабилитации, стоит привести ещё несколько её современных определений. Упомянутая уже необходимость активного участия пациента в процессе реабилитации, а также всё чаще применяемый уже в конце прошлого столетия термин «партнёрское взаимодействие» (как альтернатива принципу патернализма) находят своё отражение в следующих определениях психотерапии: «психотерапия – это особый вид межличностного *взаимодействия*, при котором пациенту оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при *решении* возникающих у него *проблем* и затруднений психологического характера»; «психотерапия – это процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонии с собой и миром в настоящем»; «психотерапия – это процесс исправления, задача которого – сформировать более эффективное мировоззрение». Когда методы и приёмы психотерапии всё чаще стали применяться не только врачами в рамках медицинских мероприятий, стало необходимым отделить методы психологической помощи, хоть и сходные с психотерапией, но не вызывающие неизбежных уже вопросов юридического и методологического характера. Например, наличие в слове «психотерапия» включённого понятия «терапия»,

подразумевающего медицинские рамки, не всегда приемлемо для работы с родственниками больного, не имеющими своих проблем со здоровьем. Необходимые меры семейной психотерапии для самих таких родственников требуют, по всей видимости, использования другого, уже более адекватного и правильного термина. С развитием методов групповой психотерапии во второй половине прошлого столетия всё чаще и шире они стали браться на вооружение и использоваться специалистами, далёкими от медицины: руководителями предприятий, менеджерами, педагогами и даже священниками и юристами. Конец двадцатого века, ещё до прихода в обыденную жизнь большинства жителей планеты сети Интернет отметился проявлениями так называемого информационного бума. Это означает, что с развитием разного рода технологий стали развиваться и технологии информационные, когда сама по себе информация стала предельно доступной (ранее всегда говорилось о ценности закрытой информации), навязчивой и агрессивной: человеческая психика не в состоянии сопротивляться информационным технологиям. И новые для того времени суггестивные методы, особенно – нейролингвистическое программирование захватило умы многих специалистов, достаточно далёких от помогающих профессий: рекламистов, маркетологов, пиар-менеджеров, политологов и т.п.. И это далеко не все примеры использования психотерапии вне медицины, как это было со времён З.Фрейда и других основателей психотерапии. Так проявилась необходимость выделить понятие «психокоррекция». А.А. Осипова (2002) определяет **психокоррекцию, как систему мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия.** Другое определение: «психокоррекция – психологическое воздействие на клиента (пациента) для приведения его психического состояния к норме в случаях диагностики у него каких – либо девиаций или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности». Налицо здесь попытка дистанцироваться от клинического понимания «воздействия на пациента», которого, с целью уберечь от

стигматизации или нанесения психологического, либо морального вреда, называют теперь «клиентом». Цель такого «воздействия» – выработка и овладение навыками оптимальной ...адаптации человека в обществе. В классическом понимании психотерапии, её цель – купирование симптоматики, то есть – основное значение термина «терапия», присутствующего в самом слове «психотерапия». Во второй половине прошлого столетия часто употребляемым стал ещё термин **«психологическое консультирование»**, означающий **«... совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений»**. Цель психологического консультирования – формирование личностной позиции. В системе медицинской реабилитации меры оказания психологической и психотерапевтической помощи на сегодняшний день, с учётом задач профессиональной, психологической и психо-социальной реабилитации (в рамках упоминаемой реабилитационной триады) вполне могут уместать в себе приёмы и методы психологического консультирования и психотерапии в объёме термина «психокоррекция». Среди выделяемых специалистами различий психокоррекции и психотерапии, стоит отметить следующие, на наш взгляд, важные в применении их в рамках медицинской реабилитации: 1) психокоррекция ориентируется на здоровые стороны личности независимо от степени нарушения; 2) в психокоррекции ориентируются на настоящее и будущее клиентов; 3) в психокоррекции ориентируются обычно на среднесрочную помощь, с отличием от краткосрочной – до 15 встреч и долгосрочной – до нескольких лет – помощи при глубинной и длительной психотерапии; 4) психокоррекционные воздействия направлены на изменение поведения в развитие личности клиента (А.А.Осипова, 2002). Все указанные отличия вполне приемлемы для задач психологической реабилитации в рамках реабилитации медицинской. То, что для некоторых пациентов может потребоваться более квалифицированная психиатрическая и психотерапевтическая помощь, не противоречит общим рекомендациям

данного пособия. Преимуществом термина «психокоррекция», в отличие от термина «психотерапия» является и то, что приёмы и методы психологического воздействия может использовать специалист-медик без специальной подготовки и аттестации его, как психолога, или врача-психотерапевта. А приёмы и методы психологического воздействия и психологической помощи, как известно, в той, или иной степени всё равно используют все врачи и средние медработники. Кроме того, врач, ответственный за проведение комплексных мероприятий по медицинской реабилитации, может руководить бригадой специалистов, в них участвующих. В их числе могут быть клинические психологи, психотерапевты, социальные работники. Если практическое исполнение мер психологической помощи осуществляют эти специалисты, руководителю такой комплексной бригады необходимо разбираться в основных вопросах психокоррекции и психотерапии. Ставя перед специалистами тактические задачи, а также привлекая, если это будет оправданно, к участию в психологической и психокоррекционной работе других специалистов комплексной реабилитационной бригады, ответственный врач более заинтересован в осуществлении мероприятий по повышению осведомлённости в вопросах клинической психологии и психотерапии всех участников реабилитационного процесса. В этом проявляется формирование упоминаемого ранее «реабилитационного пространства», а также – «мероприятия по психообразованию», в виде занятия и тренингов с медицинскими работниками, родственниками больных и группами пациентов. Предлагаемое пособие лишь расширяет возможности понимания и применение методов психокоррекции и психотерапии как для врачей и медицинских сестёр, так и для психологов и психотерапевтов, задействованных в системе медицинской реабилитации.

Крайне сложной может быть задача описать все методы психотерапии и психокоррекции, применимые в рамках медицинской реабилитации в предлагаемом практическом пособии. Так, В.В. Макаров (1999), ссылаясь на работы зарубежных авторов (А.Е. Айви и соавт., 1999), отмечает, что в мире

насчитывается от 500 до 700 зарегистрированных методов психотерапии. Ориентироваться в такой разнообразии сложно. В 1998 году Министерство здравоохранения России рассмотрело список рекомендуемых для Российской Федерации методов психотерапии. В этот список вошли тогда 26 методов. С тех пор такой список дополняется новыми рекомендуемыми методами и модальностями (Макаров В.В., 2010). В данном пособии стоит упомянуть лишь наиболее приемлемые методы для использования их в медицинской реабилитации. Прежде всего, это группа **«симптоматических» методов**, ориентированных на устранение или ослабление отдельных, хотя ключевых, симптомов болезни, управление физиологическими функциями организма, на оптимизацию поведения (Карвасарский Б.Д., 2006; Сидоров П.И., Парняков А.В., 2010). В качестве таковых могут выступать как самостоятельные методы, так и отдельные приёмы и техники. Здесь стоит выделить те, что используют в той, или иной степени суггестию, опосредованную терапию (традиционная гипно-суггестивная психотерапия, эриксоновская терапия и эриксоновский гипноз, нейро-лингвистическое программирование, когнитивно-поведенческая терапия, эмоционально-стрессовая терапия, аутотренинг, рационально-эмотивная терапия).

Упоминаемый феномен **«суггестия»**, что используется в некоторых симптомо-ориентированных методах, стоит разобрать подробнее. *Суггестия (от лат. –suggestio, внушаю) – передача информации, способной влиять на течение психических и нервно-мышечных процессов без анализа и контроля сознания.* Основание для суггестии: нас постоянно окружает такое количество информации, которое психика не в силах перерабатывать и анализировать постоянно и полностью. Анализу и контролю сознания подвергается лишь самое актуальное. Соответственно – бóльшая часть поступающей информации не осознаётся и не запоминается. Примером может служить выражение: «мы все друг другу что-то внушаем, как минимум – доверие или недоверие...». Таким образом, для достижения терапевтических целей возможно целенаправленно использовать то, что уже присутствует в

человеческом общении. Терапевтическая сущность суггестивных методов состоит в миновании контроля сознания. То, что в силу сложившихся защитных механизмов болезни может вызывать сопротивление лечению, при использовании суггестивных приёмов и методов, может быть принято сознанием пациента уже без отвержения и сопротивления. Прежде всего, суггестивные лечебные формулы в той или иной степени содержат в себе внушение надежды, веры в положительный результат лечения, повышение мотивации на лечение и реабилитацию, выполнение процедур, а также – «купирование симптома» (уменьшение или полное прекращение боли, неприятных ощущений и т.п.).

Другой, также часто применяемый в симптоматических методах психотерапии и психокоррекции феномен – опосредованная психотерапия. **Опосредованная психотерапия – комплекс разнообразных манипуляций (от ритуальных до хирургических), несущих особую психологическую нагрузку, направленную на повышение внушаемости при выработке и закреплении в сознании больного определённой лечебной установки – терапевтической доминанты** (Гофман А.Г., Магалиф А.Ю., 1991). В самом определении содержится смысл понятия «посредник». В качестве посредника, выполняющего роль усилителя или катализатора плацебо-эффекта, запускающего и поддерживающего саногенные процессы в организме больного может выступать ритуал лечебной процедуры, когда основную нагрузку несёт не сама по себе применяемая техника, а её внешнее проявление, субъективно воспринимаемое пациентом (Энтин Г.М. 1997). Особо стоит уделить внимание упоминаемому здесь плацебо-эффекту. **Плацебо-эффект (от лат. *plaseo*, *plasebo* – «понравлюсь», «буду нравиться») – неспецифический эффект терапии, заключающийся в том, что в процессе лечебного взаимодействия, при наличии бессознательного акта доверия лечащему или лекарству, в организме пациента активизируются саногенные процессы.** Отличается этот эффект прежде всего неспецифичностью. Так как в основе своей этот эффект бессознательный, его можно и нужно учитывать (а при изучении

эффективности фармакотерапии – наоборот, обязательно исключить его влияние), но невозможно предугадать и контролировать степень его проявления и начало его действия.

Патогенетические и личностно-ориентированные методы психотерапии и психокоррекции позволяют наиболее полно реализовать каузальный подход к пониманию и ликвидации причин и механизмов болезни. Эти методы требуют большей вовлечённости пациента, значительно больших сроков проведения терапии, но результаты такой работы более устойчивы и экологичны, что весьма оправдано в комплексной медицинской и психологической реабилитации.

Особо стоит выделить возможности **групповой терапии** в медицинской реабилитации. В отличие от различных вариантов использования коллектива в терапевтических целях, групповых занятий, групповая психотерапия ориентирована на групповую динамику, как самостоятельный терапевтический фактор. *«Терапия в группе, с группой и посредством группы»* - наиболее лаконичное и в то же время ёмкое определение групповой психотерапии (Карвасарский Б.Д., Ледер С., 1990). Использование групповой динамики может быть и психоаналитически ориентированных методах, и экзистенциально-гуманистических (групп-анализ, трансактный анализ, гештальт-терапия, экзистенциальная терапия и др.).

В рамках медицинской реабилитации достаточно часто применимы приёмы и техники арт-терапии, терапии творческим самовыражением, библиотерапии, музыка-терапии, в отдельных случаях – системной семейной терапии.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение психокоррекции.
2. В чём причина большого количества определений психологической помощи, психотерапии и психокоррекции в разных областях науки, медицины и психологии?
3. Перечислите основные различия психотерапии и психокоррекции с точки зрения их применения в рамках медицинской реабилитации.
4. Приведите пример наиболее подходящего на ваш взгляд определения психотерапии с точки зрения медицинской реабилитации.
5. Охарактеризуйте мероприятия по психообразованию для родственников и близких больных в рамках реабилитационных программ.
6. Какова терапевтическая сущность суггестивных методов психотерапии?
7. Насколько эффективно использование плацебо-эффекта при проведении длительных психокоррекционных мероприятий в рамках медицинской реабилитации, учитывая его неспецифичность?
8. Есть ли преимущества у личностно-ориентированных методов психотерапии и психокоррекции в рамках медицинской реабилитации?
9. В чём преимущество групповой психотерапии и психокоррекции в медицинской реабилитации?
10. Возможно ли участие врачей и средних медицинских работников в психокоррекционных мероприятиях в рамках реабилитационных программ?

Примеры использования психокоррекции в медицинской реабилитации при тяжёлых соматических заболеваниях и расстройствах

Реабилитация после перенесённого острого инфаркта миокарда.

Кроме соматических факторов риска на возникновение ОИМ влияют психологические факторы, в частности: эмоциональные перегрузки, их недооценка в период предвестников заболевания, аддиктивные тенденции в

виде злоупотребления алкоголем, табаком, «бытовыми стимуляторами» - крепким чаем, кофе. Кроме того – это так называемый трудовольный темп жизни, с постоянной спешкой, нетерпением, авралами и цейтнотами, повышенное чувство ответственности. Отмечают главный лозунг, который «гонит больного навстречу инфаркту»: «надо успеть». Такие больные нередко склонны к отрицанию своих конфликтов, а порой и самой проблемы (гипонозогнозия или даже анозогнозия). В процессе психологической реабилитации, после основного периода лечения острого инфаркта, применимы сначала обучающие, ориентированные на симптом методики, с разъяснением и проработкой информации о необходимости соблюдения здорового образа жизни (так называемые «кардиошколы», «школы для больных, перенесших острый инфаркт миокарда и их родственников»). Кроме информирования пациентов и их близких об особенностях лечения, такие образовательные программы позволяют формировать необходимый комплаенс, приверженность назначенному курсу лечения и реабилитации, по сути – профилактику «диверсий больных против самих себя» в виде самостоятельного изменения в приёме лекарств или даже отказа от них (Аронов Д.М. и соавт., 2014). Другой, не менее важной задачей указанных образовательных мероприятий и программ является обучение больных и их близких методам самоконтроля состояния и оказания первой доврачебной помощи, а также – обучение навыкам преодоления негативных для здоровья стереотипов поведения. Такое обучение обеспечивает пациентам необходимую социальную поддержку, способствует улучшению качества жизни, сохранению и восстановлению трудоспособности (Аронов Д.М. и соавт., 2014).

На начальных этапах психокоррекционной работы рекомендуется избегать ситуаций с сильным сопротивлением, техник и приёмов, вызывающих сильные эмоциональные переживания. Затем, по мере готовности пациента к более глубокой и основательной работе над собой – могут использоваться методы работы с сопротивлением и переносом, трансактный и сценарный анализ, когнитивно-поведенческая, семейная психотерапия (Пономаренко Г.Н., 2023;

Малкина-Пых И.Г., 2004). Особо стоит выделить группу больных, с развившимся так называемым кардио-фобическим неврозом, в работе с которыми, кроме уже указанных методов и приёмов применима так называемая раскрывающая психотерапия, помогающая пациенту в преодолении конфликтной ситуации и ускорении процесса созревания личности (Малкина-Пых И.Г., 2004). Наиболее эффективными здесь могут быть варианты групповой терапии.

Известно, что на ухудшение соматического состояния больных, перенесших острый инфаркт миокарда, влияют ипохондрические страхи, опасения, с «самокопанием» в своих ощущениях (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Значительное снижение жизненного тонуса, замедляющее выздоровление, может быть признаком маскированной депрессии. В таких случаях, кроме мер психологической помощи, рассматривается необходимость медикаментозного лечения депрессии. Тягостное сознание болезни, гиперболизированные представления о возможной инвалидизации или смерти, ощущение краха, крушения планов и надежд, ломка складывающихся десятилетиями стереотипов, чувство растерянности, когда «защитный шар», который надувался верой в свои возможности, теперь проколот и как бы падает в бездну... Депрессивная оценка перспектив ставит больного в ситуацию, когда прошлое осталось позади, будущего может не быть, а настоящее кажется совершенно неприемлемым (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Наличие кардиофобической и депрессивной симптоматики, нередко с признаками диснозогнозии у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, требует комплексной психологической поддержки и кризисной психологической помощи на всех этапах лечения и реабилитации.

Важной и при этом деликатной проблемой реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, считается возобновление сексуальной активности пациента. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений на разных этапах лечения, специфические, не всегда оправданные и порой

значительно выраженные тревоги, связанные с такой темой, требуют соответственного подхода со стороны врачей. Достаточно часто приемлемо привлечение к такой проработке вопросов партнёров пациентов.

Психокоррекция при реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Комплексная психологическая поддержка в системе реабилитации больных, перенесших ОНМК может включать в себя те же приёмы и методы, что и при реабилитации после ОИМ, но с более дифференцированным учётом особенностей локализации очага, состояния пациента и его реабилитационного потенциала. Достаточно часто, при выраженных необратимых изменениях в организме больного, показаны дополнительные меры поддержки родственникам и близким, в рамках психообразовательных программ, с использованием семейной психотерапии.

Психологическая и социальная дезадаптация в той, или иной мере наблюдается у большинства больных с последствиями инсульта. Причинами такой дезадаптации являются: двигательный и речевой дефицит, болевой синдром, когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, неизбежная потеря социального статуса. Все эти факторы в совокупности могут явиться причиной депрессивной симптоматики, а также других психических расстройств различной степени тяжести. Соответственно, среди задач социально-психологической реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, являются: нормализация эмоционально-волевой сферы, поддержание активности больного в процессе восстановительного лечения, а также формирование лечебной перспективы. Кроме того, актуальными задачами являются также: снятие информационного дефицита относительно особенностей развития заболевания, предотвращение гиперопеки со стороны родственников пациента (особенно – с тревожным типом

отношения к болезни) в семье, повышение их самостоятельности – задачи психологической реабилитации (Светкина А.А., 2016).

Психотерапевтическая и психокоррекционная работа проводится в виде индивидуальных бесед, по мере возможности – и более дифференцированных мероприятий, с целью развить и поддержать оптимистическое представление об исходе заболевания, укрепить его стремление к активному участию в восстановительном лечении. Одно из ведущих мест в реабилитации пациентов, перенесших инсульт, занимает нейропсихологическая реабилитация, т.е. восстановление нарушенных высших мозговых функций, основными из которых являются речь, гнозис, праксис, и ее осуществляет нейропсихолог, логопед-афазиолог (Карпова Е.Г., Верёвкина Е.А., 2016; Светкина А.А., 2016; Позднякова О.Ю., 2020).

Психокоррекция и психотерапия в системе оказания реабилитационной помощи больным **хирургического профиля**.

Сама ситуация тяжёлой болезни, требующей хирургического вмешательства, подразумевает мотив сохранения жизни. Здесь актуальны проблемы нозологического, догоспитального, госпитального, предоперационного и послеоперационных стрессов, рассматриваемых ранее. Кроме того, весьма значительно влияние приводимых вариантов реакции на болезнь и другие особенности клинической психологии больного, включая внутреннюю картину болезни и внутреннюю картину здоровья. Мысли и тревоги больного достаточно ограничены локально, сконцентрированы в той части тела, где наиболее выражены его болезненные ощущения и связаны с той его частью, которая может быть подвергнута хирургической травме и с последующим этапом восстановления и выздоровления. Оказание психологической помощи, включая все её виды и варианты, зависит от эмоциональной ресурсности больного, его реабилитационного потенциала, включающего как преморбидные особенности личности, степень осведомлённости и информированности по поводу особенностей заболевания, уровень мотивации на полноценное лечение и реабилитацию. В немалой

степени эти меры психологической и психо-социальной поддержки зависят от объёма вмешательства, наличия или отсутствия послеоперационных осложнений. Часть пациентов после основного этапа лечения, на этапе медицинской реабилитации, нуждается лишь мерах поддерживающего характера, в психологической адаптации и возвращении к прежнему уровню нагрузок и привычных стереотипов. В случаях обширного хирургического вмешательства, с тяжёлыми последствиями для организма и инвалидизацией, необходима программная психокоррекционная и психотерапевтическая работа.

Больные в отделениях **гнойной хирургии** более измотаны болезнью, страдают от неопределённости и пребывают в состоянии дистресса из-за опасений новых осложнений и повторных, зачастую весьма неприятных и болезненных вмешательств. Психотерапевтическая, нередко и медикаментозная помощь в преодолении симптомов тревоги, астении, расстройств настроения таким пациентам просто необходима. Более интенсивные психокоррекционные действия возможны лишь при наличии достаточного доступа к ресурсам, готовности к такой работе на собой самого пациента, его мотивированности.

Пациенты с **трансплантированными органами**, как и другие хирургические пациенты, в послеоперационном периоде испытывают эмоциональное напряжение. Однако у реципиентов органов не столь актуально наличие психотравмирующих переживаний, связанных с тревогой за здоровье в целом, чаще у них возникает тревога за функцию нового органа и даже в ряде случаев эйфория от проведенного вмешательства (Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В., 2013). Этими же авторами предлагается последовательное осуществление деятельности, реализуемой на трех уровнях: **формирование организационной культуры медицинского коллектива** лечебно-профилактического учреждения; **развитие совместных форм деятельности врачей и медицинских психологов**, включенных в оказание медицинской помощи пациентам, например, в виде врачебно-психологического консилиума «проблемных» пациентов, семинаров по обучению формирования навыков

комплаенса для врачей и среднего медицинского персонала; психологическое консультирование, **психокоррекция и психотерапия пациентов** на протяжении всего периода пребывания в стационаре и даже после завершения стационарного лечения (Климушева Н.Ф. и соавт., 2013).

Психокоррекция и психотерапия в системе реабилитации больных онкологического профиля.

При выявлении онкологической патологии достаточно часты проявления психических расстройств различной степени выраженности – от реакций на болезнь донозологического уровня до острых психозов (Менделевич В.Д., 2002). Онкологический процесс здесь особо проявляет как проблему «болезнь, как психологическая травма», учитывая то, что такая патология традиционно причисляется к «группе неизлечимых недугов». Кроме того, онкологическая патология может являться соматогенным фактором, усиливающим проявления соответствующих психических расстройств у таких больных.

Э. Кюблер-Росс (1967, 2001) выделяет пять этапов, или фаз динамики переживаний в связи с неизбежным событием, которым, в том числе, может быть факт онкологического заболевания: отрицание (анозгнозия); гнев (дисфория); «торг» (аутосуггестивная фаза); депрессия и принятие (примирение). Дополнительным фактором для онко-больных зачастую выступает хирургическая операция, внося существенный вклад в психопатологическое смимпто- и синдромообразование (Менделевич В.Д., 2002). Несомненно, что на выраженность психических реакций, как и на необходимость упоминаемой ранее суицидальной настороженности в отношении онкобольных, влияет и локализация опухоли, и наличие метастазов, и особенности хирургической травмы, как и другие факторы, описанные в числе психологических реакций на болезнь, а также среди критериев реабилитационного потенциала, включая преморбидные особенности личности, степень ресурсности пациента, мотивации на лечение и т.д. (Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., 1983). Тем не менее, не выявлено линейной зависимости

между тяжестью онкологического заболевания и возникающих при этом психических расстройств (Менделевич В.Д., 2002).

О важности темы психологической помощи онкобольным говорит факт всё более часто встречаемых в научной и популярной литературе терминов: «онкопсихология», «психоонкология», «психосоциальная онкология». Все они в той, или иной степени указывают на междисциплинарный характер изучаемых проблем, на стыке медицинской науки онкологии, психологии и социологии. Если психоонкология считается разделом онкологии, онкопсихология признаётся психологической дисциплиной (Чулкова В.А., 2012). Не ограничиваясь рамками лечения онко-заболевания, в рамках упоминаемого ранее биопсихосоциального подхода, онкопсихология изучает влияние заболевания на психическое состояние и психологическое здоровье пациента, а также и влияние факторов микросоциального окружения, включая особенности общения с близкими и персоналом клиники. Кроме того, в этих же рамках могут рассматриваться проблемы когнитивных нарушений - как вследствие самого онкозаболевания, так и вследствие медицинских вмешательств и процедур, таких, как длительное пребывание под общим наркозом во время операции, влияние химиотерапии, лучевой терапии и др. Всё это следует учитывать при проведении психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий на этапе медицинской реабилитации.

Е.Ф. Бажин и А.В. Гнездилов (1983) отмечают, что клинико-психологические и патопсихологические особенности отличают этапы основного заболевания: **поликлинический** (диагностический); **этап поступления в клинику; предоперационный, послеоперационный и катамнестический**. Частота проявления тревожно-депрессивных расстройств на диагностическом этапе достигает 56%. Кроме того, на этом этапе могут быть характерны проявления дисфории, тревожно-ипохондрические симптомы. Эти симптомы могут быть несколько ослаблены при поступлении в стационар, что может объясняться построением компенсаторной защиты типа «я болен, но

теперь нахожусь в больнице, под наблюдением врачей, которые сделают всё, чтобы мне помочь». Однако, даже будучи в ряде случаев ослабленной, тревожно-депрессивная, дисфорическая, тревожно-ипохондрическая, обсессивно-фобическая симптоматика всё же может присутствовать (Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., 1983). Тем более, что на этом этапе может сказываться упоминаемый уже «госпитальный стресс», который не всегда предсказуем в своих проявлениях. На третьем, предоперационном этапе интенсивность психогенных переживаний может усиливаться в связи с объяснимым и порой оправданным страхом уже не только фактом заболевания, а перед возможными осложнениями самой предстоящей и уже назначенной операции. После перенесённой операции, на следующем, четвёртом этапе, вместе с некоторым «психологическим облегчением» на первый план чаще выходит астеноипохондрический синдром. По мнению Е.Ф. Бажина и Гнездилова А.В., этап выписки из стационара не имеет специфических психопатологических феноменов, а этап катамнестический для двух третей пациентов характерен стремлением к самоизоляции, в разной степени выраженным проявлением депрессивной симптоматики. Кроме переживаний, связанных с наличием онкологического заболевания, их беспокоят проблемы грядущей возможной инвалидизации, а также затруднения в интимной сфере.

Среди психокоррекционных мероприятий в работе с онкобольными Ивашкина М.Г. (2012) выделяет коррекцию алекситимии. **Алекситимия** - сложный симптомокомплекс, включающий особые трудности актуализации и осознания таких психических сфер, как сенсорная, эмоциональная, когнитивно-поведенческая. В процессе такой работы осуществляется осознание своей телесности, работа с чувствами (особенно – с чувствами обиды и страха), «диалог с болезнью».

Социально-психологическая реабилитация с проведением среди больных занятий по групповой психотерапии, коррекционных занятий с их близкими приводит к позитивному увеличению показателей самооотношения

(аутосимпатии, самоуверенности, самопринятия). При этом у онкобольных снижается показатель по шкале «самообвинение» (по методике исследования самоотношения). После прохождения реабилитации у больных формируется активная жизненная позиция, исчезают навязчивые страхи смерти и уменьшаются соматического страдания (Антоненко Н.Н., 2007).

Необходимо отметить различия в задачах психокоррекционной работы с онкобольными уже после проведённого основного этапа лечения, когда часть пациентов обнаруживает готовность к работе над собой по преодолению «послеоперационных стрессов» и кризисных проявлений своей жизни, а часть – нуждается уже в хосписной помощи, при наличии явных признаков ухудшения состояния и неизбежной грядущей смерти. Остаётся открытым вопрос о уместности проведения параллелей между реабилитационной и хосписной помощью таким больным.

4.5. Психокоррекция и психотерапия в системе медицинской реабилитации участников боевых действий, а также больных с посттравматическим стрессовым расстройством.

С учётом того, что реабилитология по-настоящему ещё только развивается, так же, как и психосоматическая медицина, включая аспекты психотерапии и психокоррекции в этой сфере, в настоящее время накапливается положительный опыт и выработка чётких, удовлетворяющих всех специалистов стандартов в этой сфере (Пушкарев А.Л. с соавт., 2000; Апеннянский А.И., 2004; Готова Г.В., 2004; Дереча В.А. с соавт., 2004; Кузнецов А.А., 2004; Пермякова О.А. с соавт., 2004; Фаттахов В.В., 2004). Применение методов психологической помощи больным с различной патологией на этапе медицинской реабилитации достаточно пока вариабельно и ориентировано на подготовленность специалиста, возможности клинического учреждения и мотивационные характеристики самого пациента. Тем не менее, есть наблюдения, подтверждающие некие общие принципы, способные помочь более рационально и эффективно ориентироваться в вопросах выбора методов

психокоррекции в работе с разными группами больных. Например, пациенты, имеющие боевой опыт, так называемые комбатанты, независимо от наличия или отсутствия у них перенесённых **черепно-мозговых травм**, а также клинически подтверждённого диагноза **«посттравматическое стрессовое расстройство»**, на этапе медицинской реабилитации часто весьма неохотно идут на контакт с психологом или психотерапевтом. Для работы с такими пациентами стоит помнить о том, что психологическая травма «боевого опыта» требует намного больших сроков в преодолении этапов динамики такой травмы, пусть порой и не настолько выраженной, чтобы быть зафиксированной по критериям и стандартам нозологических форм. Групповая психотерапия здесь применима лишь при условии чётко зафиксированной готовности пациента в ней участвовать. Приблизить и ускорить процесс мотивации поможет индивидуальная работа с пациентом в тех направлениях и в тех объёмах, которые приемлемы для него в данный период времени (Соловьёва С.Л., 2008).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – нарушение нормальной работы психики в результате единичной или повторяющейся психотравмирующей ситуации. В числе обстоятельств, провоцирующих развитие ПТСР – участие в военных действиях, сексуальное насилие, тяжёлые физические травмы, пребывание в опасных для жизни ситуациях, обусловленных природными или техногенными катастрофами и т. п. ПТСР характеризуется повышенной тревожностью и навязчивыми воспоминаниями о травмирующем событии при настойчивом избегании мыслей, чувств, разговоров и ситуаций, так или иначе связанных с травмой (Ениколопов С.Н., 1998). У определённой части пострадавших при ЧС могут наблюдаться признаки «госпитализма» в процессе лечения (Аппенянский А.И., 2004). Они нуждаются в длительной психокоррекционной реабилитационной помощи.

Значительная распространённость (ПТСР) в результате экстремальных переживаний военного времени или различных техногенных и природных

катастроф делает актуальной эту проблему для представителей различных медицинских специальностей и психологов. Дело в том, что необходимость длительной медико-психологической реабилитации пациентов с ПТСР часто сопровождается явлениями лекарственной интоксикации, фармакологической и психологической зависимости вследствие злоупотребления алкоголем или наркотиками с целью «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств (Пушкарев А.П., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г., 2000; Зилов В.Г., Миненко И.А., 2006). Отсюда, по мнению авторов, оправдан интерес практической медицины к научно-обоснованному применению в случаях ПТСР разнообразных методов нелекарственной терапии и комплексной реабилитации для коррекции нарушенного физического и психического здоровья. Для планирования психокоррекционных мероприятий, постановки правильного диагноза и назначения эффективного лечения и последующей реабилитации стоит учитывать последовательность развития стрессового расстройства. **Первая стадия – мобилизация**, при которой реализуется адаптация поведения индивидуума к обстоятельствам экстремального стресса и выполнение возникающих задач. Далее следует **вторая стадия – иммобилизации**, когда человек выходит непосредственно из стрессовой обстановки, окружающая ситуация более не предъявляет к нему экстремальных требований, необходимость в крайних формах мобилизации отпадает. Но при этом возникают новые проблемы, отличающиеся от имеющихся на стадии мобилизации. Вторая стадия включает в себя две подстадии: «психологического оцепенения» и «отрицания психотравмы». «Психологическое оцепенение» отличается заторможенностью, замедленностью реакций, аффективной блокадой психических процессов, временной потерей трудоспособности. «Отрицание психотравмы» проявляется склонностью объяснять свои симптомы травматическими событиями и отрицанием роли психотравмы, её значения для состояния и самочувствия. В этот период человек хочет вычеркнуть из своей жизни все события, связанные с травматическим опытом. **Третья стадия – стадия агрессии**, с проявлениями

раздражительности, возможными вспышками гнева, неуживчивостью, конфликтностью, тревожностью, осуждением и незаслуженными обвинениями других, нарушениями сна с кошмарными сновидениями. **Четвёртая стадия** — стадия **депрессивных реакций**, с подавленностью, чувством беспомощности, заторможенностью, пониженным настроением, упадком сил, проявлением психосоматических реакций. **Пятая стадия** — **восстановительный процесс**, характеризующаяся возникновением процессов освобождения от психотравмы под влиянием внутренних и внешних факторов (Зилов В.Г., Миненко И.А., 2006). А.Л. Пушкарев с соавт. (2000) описывает пять фаз ПТСР: 1) «начальное воздействие»; 2) «сопротивление/отрицание»; 3) «допущение/подавление»; 4) «декомпенсация»; 5) «совладание и выздоровление». На каждой из указанных стадий и фаз меры психокоррекционной помощи, выбор их способов и методов должны быть адекватными с точки зрения состояния пациента, его реабилитационного потенциала и особенностей личностной динамики от поддерживающих на начальных стадиях, до более интенсивных и глубоких на стадии восстановительного процесса (групповая психотерапия, личностно-ориентированные методы и т.п.). У пациентов с хроническим и отсроченным ПТСР наблюдается как бы «застывание» между фазами «сопротивления/отрицания» и «допущения/подавления» (Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г., 2000). Преодоление декомпенсации перед совладанием возможно при грамотном и последовательном комплексе психокоррекционных реабилитационных мероприятий.

В комплексе реабилитационных мероприятий с больными, переживающими психологическую травму, важно проведение соответствующей психообразовательной и психокоррекционной работы с персоналом, находящимся в эмоциональном контакте с пациентами с точки зрения профилактики профессиональных стрессовых расстройств (Аппенянский А.И., 2004). Кроме часто упоминаемого феномена эмоционального выгорания, работа с таким контингентом чаще, чем с другими

больными, содержит риск развития так называемого STS-синдрома, или «вторичной травмы», способной приводить порой к выраженной профессиональной и личностной дезадаптации специалиста, вплоть до временной нетрудоспособности.

Реабилитация пациентов с наркологическими заболеваниями.

В отношении реабилитации таких больных есть много наработок и доказавших свою эффективность реабилитационных программ (Кабанов М.М., 1978; Дудко Т.Н., 2001, 2002, 2006; Батищев В.В., Негериш Н.В., 2001; Валентик Ю.В., 2001). Особенностью реабилитации наркологических больных является то, что одно из проявления заболевания, называемое (например, алкоголизацией), идентично социально осуждаемому поведению - «пьянству». Ни в одной другой медицинской специальности нет подобных проблем. «Никто не осуждает больного туберкулёзом за то, что он кашляет» - метафорическая иллюстрация к сказанному. Эта проблема, со смещением и смешением понятий «болезнь» и «порок, недостойное поведение», лежит в основе многих иллюзий, мифов и заблуждений по поводу наркологических заболеваний. Все они в разной степени влияют на результаты лечения и реабилитации больных. Это касается мощной психологической защиты, подкрепляющей так называемую анозогнозию таких больных, выбор наиболее «радикальных», а на самом деле – «лёгких и быстрых» методов лечения, лежит в основе многих проявлений созависимости и мн. др. Решение таких проблем невозможно медикаментозным способом. Меры психологической и социальной помощи, на основе всё более популярной с конца прошлого века био-психо-социальной модели применимы как раз в рамках полноценной и качественной реабилитации. В продолжение перечисления особенностей реабилитации наркологических пациентов, стоит отметить, что прав у наркологических больных по сравнению с другими больными меньше, эти права нередко ущемляются в пользу интересов общества ввиду того, что «алкоголизм и наркомания – социально опасные заболевания, вследствие чего «жизненно

важен и необходим контроль общества над пациентами с таким диагнозом». Социально-юридические и социально-психологические проблемы, способные влиять на результаты лечения, на качество ремиссии пациентов требуют полноправного участия в лечебно-реабилитационных мероприятиях специалистов с психологическим и юридическим образованием. В частности, это проблемы с законом вследствие нарушений поведения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, проблемы с утратой документов и имущества в состоянии одурманивания или вследствие зависимого поведения, трудности с поиском работы по специальности после увольнения. Медико-социальная и юридическая помощь больным алкоголизмом и наркоманией необходима также в вопросах восстановления документов, трудоустройства, решении вопросов и проблем с получением образования, поисках адекватного и достойного жилья. В системе оказания комплексной специализированной помощи наркологическим больным оказывается поддержка в рамках медико-социальной реабилитации, социально-психологической реабилитации. В штате ЛПУ наркологического профиля для оказания медико-социальной помощи предусмотрены ставки психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе, педагогов.

В «Положении о враче участковом психиатре-наркологе» от 19.03.1976 г. отмечено: «...психиатр-нарколог проводит мероприятия по социальной и трудовой реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями...». К 1975 году, когда наркология в СССР отделилась от психиатрии в самостоятельную область лечебно-профилактической помощи, накопился опыт лечения больных (преимущественно алкоголизмом) в психиатрических стационарах с привлечением их к труду - не только в условиях лечебно-трудовых мастерских, но и на производстве вне территории лечебного учреждения. Создавались дневные наркологические стационары при предприятиях. Лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) начали создаваться после Указа Президиума Верховного Совета СССР от 08.04.1967 г. для больных, отказывающихся от лечения, ведущих асоциальный образ жизни, нарушающих правила социального

общежития. Продолжительность пребывания в ЛТП составляла до 2 лет. После распада СССР «промышленная» наркология и ЛТП были ликвидированы к 1993-1994 гг.

В 1935 году в США была создана духовно-ориентированная программа помощи больным алкоголизмом «12 шагов Анонимных Алкоголиков (АА)». Основным принципом этой программы – создание системы помощи в рамках групп само- и взаимопомощи. Достаточно быстро в США по такому принципу создавались группы и сообщества людей страдающих другими формами зависимостей («Анонимные Наркоманы», «Анонимные Эмоционалы» и др.).

Первый опыт использования философии АА в медицинских лечебных заведениях для больных, зависимых от ПАВ, был получен в конце 40-х годов в штате Миннесота. Там была разработана модель организации лечебного процесса с применением программы «12 шагов». Полученный опыт затем применялся в лечебных учреждениях стран Европы, с 1992 года – в России. В 2000 г. под руководством Н.Н. Иванца в НИИ наркологии МЗ РФ (М.Г. Цетлин, В.Е. Пелипас, Т.Н. Дудко, Ю.В. Валентик) была создана концепция реабилитации больных, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях здравоохранения. В рамках этой концепции реабилитация в наркологии – система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресoциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. (М.Г. Цетлин, В.Е. Пелипас, Т.Н. Дудко, Ю.В. Валентик, 2000). В настоящее время в РФ существуют в 150 городах сообщества АА, работает большое количество реабилитационных центров, активно внедряются и развиваются реабилитационные программы, в том числе и с учётом особенностей местных условий и менталитета. Кроме ориентации на программу «12 шагов АА», существует и большое количество других программ и сообществ («Клубы абстинентов», «Рациональное выздоровление», семейные клубы, клубы трезвости и т.п.).

Цель реабилитации – восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала. Задачи реабилитации включают медицинский, психологический и социальный аспекты: формирование мотивации на участие в реабилитационных программах и стремление к жизни без ПАВ; формирование целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов; восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции при решении личных и социальных задач; восстановление коммуникативных навыков; обучение навыкам противостояния стрессовым ситуациям, умения определять предвестники срыва и обострения влечения к ПАВ; обучение анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения; формирование ответственности за своё поведение и здоровый образ жизни; стабилизация профессиональных отношений, восстановление положительных социальных контактов; формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок; формирование реальной жизненной перспективы; восстановление семейных отношений; работа с созависимыми родственниками. Реабилитационная среда (РС) в наркологии – совокупность объективных факторов – организационных (РЦ, стационар, «дома на пол-пути») и функциональных (медицинских, трудовых, семейных), объединённых программой реабилитации, влияющих на восстановление личностных и поведенческих качеств больного, способствующих его ресоциализации и реадaptации. РС обеспечивает высокий уровень безопасности и защищённости больных, представляя собой промежуточное звено между обществом и пациентом.

Этапы реабилитации: адаптационный; интеграционный (включение больного в полном объёме в продолжительную программу); стабилизационный

(удержание больного в программе, подготовка к переходу к следующему этапу ЛРП, в другое специализированное учреждение или выписке).

Реабилитационный потенциал (РП) – совокупность физических, психических, социальных и духовных возможностей пациента в преодолении болезни и её последствий, восстановлении социально приемлемых личностных качеств, способствующих возвращению его в семью и к общественно полезной деятельности. Основные составляющие РП могут быть условно разделены на 4 блока: преморбид; клинические особенности заболевания; особенности социального статуса и социальные последствия зависимости; личностные особенности больного. В зависимости от степени выраженности основных составляющих РП больные могут быть разделены на три группы: с высоким, средним и низким уровнем РП (УРП).

УРП – динамическая клиническая характеристика, включающая оценку всех этапов формирования болезни и развития личности – от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до чётко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса больного. В зависимости от интенсивности и долгосрочности ЛРП, УРП объединяет индивидуальные, когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление развития больного и его ценностную ориентацию.

Стационарные ЛРП ориентированы прежде всего на пациентов с низким УРП. Должны включать в себя несколько этапов и обязательную индивидуальную программу реабилитации.

Программы дневного стационара – рассчитаны на пациентов со средним и высоким УРП и имеют более свободный режим и меньшую наполненность программными мероприятиями.

Амбулаторный вариант реабилитационной программы может быть рассчитан на больных с высоким УРП.

Реабилитационные технологии ЛРП, создающие условия, предпосылки и основания для восстановления ресурсов пациента: терапия реабилитационной

средой; психотерапевтические технологии (использование психодраммы, гештальт-терапии, групповой, индивидуальной и семейной психотерапии, телесно-ориентированной терапии и т.п.); терапия занятостью; арт-терапия; социо-терапевтические технологии; духовно-ориентированные технологии.

Определение основных технологий, наиболее приемлемых как для условий ЛР учреждения, так и для конкретного пациента, зависит от степени подготовленности персонала в данном виде психотерапевтического или социального взаимодействия. Стоит отметить в таком случае необходимость создания полипрофессиональной бригады специалистов (врачи – психиатр-нарколог, психиатр, психотерапевт, терапевт; психологи, социальный работник, специалист по социальной работе, педагог и т.д.), способных и готовых работать в одном направлении, в рамках выбранной Программы.

В настоящее время различают программы, ориентированные на *медицинскую* (РЦ при наркологических диспансерах или стационарах с наличием медперсонала и соблюдением всех необходимых требований, характерных для ЛПУ – санэпидрежим и т.п.) , *психологическую* (с наполнением психокоррекционными и социально-психологическими мероприятиями), или *социальную* (РЦ, организованные самими пациентами, без привлечения медицинских работников и других специалистов, нередко – с духовно-ориентированным наполнением программы, а также – РЦ при религиозных организациях) модели реабилитации.

Для наркологических пациентов в процессе реабилитации необходимо учитывать их соматическое (физическое) состояние, так как от этого состояния зависит способность полноценного участия в реабилитационной программе. Даже спустя несколько недель и даже месяцев после успешного лечения на этапе детоксикации (купирующего этапа лечения), некоторые последствия длительной интоксикации могут сказываться в виде проявлений астении, - утомляемости, нервозности, аффективных нарушений в виде эмоциональной лабильности, дисфории, снижения настроения, гипопатии, а также - нарушений сна (диссомнии, агрипнии). Эти нарушения требуют тщательного наблюдения

врачом психиатром-наркологом и адекватных мер восстановительного лечения, особенно в период адаптации в программе. Кроме того, в процессе реабилитации, когда для пациента может стать актуальной проблемой преодоления и освоения интеллектуальной, мнестической, эмоциональной и моральной нагрузки, важно отслеживать способность переносить такие нагрузки. Нередко сложности освоения части программы могут быть связаны именно с динамикой физического статуса больного. На любом этапе реабилитации, особенно – в период «снижения энтузиазма и разочарования в трезвости» возможно обострение ранее имеющихся и диагностированных, либо - начальные признаки психосоматических нарушений.

Психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия включают поэтапную коррекцию внутренней картины болезни, аддиктивного поведения и тренинг социальных навыков в условиях поддержания трезвости. Кроме того, проводятся информационные и разъяснительные мероприятия по темам особенностей заболевания, предстоящего лечения и реабилитации, формированию адекватного самоотношения, критики к своему состоянию и преодолению анозогнозии (Дудко Т.Н. и соавт., 2006).

Терапевтическая ремиссия достигается в результате лечебных мероприятий, направленных на прекращение употребления алкоголя или наркотиков. При отсутствии должного уровня мотивации на трезвость, без продолжения работы по реабилитационной программе, результат такого лечения и прогноз являются сомнительными, ремиссия, как правило, нестойкая и недолгая.

Спонтанная ремиссия – состояние, когда пациент внезапно, без внешних причин, прекращает употребление ПАВ. В таком случае пациент может не пользоваться помощью медработников, либо – ограничиться уровнем детоксикации. Нередко поводом для спонтанной ремиссии может стать эмоционально значимое для больного событие, приведшее к прекращению употребления ПАВ (в основе – испуг, страх за свою жизнь и т.п.).

Особое место в классификации ремиссий занимает так называемая **вынужденная ремиссия** или – состояние, когда для пациента возникают условия ограниченного доступа или полного прекращения доступа к ПАВ. Например, в условиях пребывания в стационаре или пенитенциарном учреждении (СИЗО, колонии, тюрьме). Единственным признаком ремиссии является отсутствие состояния опьянения. Длительность такой условной ремиссии зависит от условий пребывания больного и отсутствии реального доступа к ПАВ.

Мотивационная ремиссия является самой устойчивой и нередко может быть пожизненной, достигается в результате комплексных лечебно-реабилитационных длительных мероприятий, направленных на прекращение употребления алкоголя или наркотиков в освоение реабилитационной программы. Такой тип ремиссии более характерен для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала, социально устойчивых.

Кроме мер фармакотерапии, направленных на стабилизацию ремиссии, включающим назначение психотропных и растительных препаратов, аверсивных средств, в рамках реабилитации необходимо освоение навыков самодиагностики так называемых «предвестников срыва», когда пациент в состоянии самостоятельно обращаться за помощью к врачу, не допуская актуализации влечения к ПАВ и возникновения реального алкогольного или наркотического срыва.

В психиатрической терминологии под ремиссией понимается такой этап течения болезни, который характеризуется временным уменьшением степени выраженности или ослаблением психопатологической симптоматики (от лат. *remittio* – послабляю). В работах Зеневича Г.В. (1984) дается более полное определение: ремиссия – такой этап течения заболевания, когда проявления болезни в значительной мере или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми проявиться вновь при соответствующих условиях. Ремиссия – динамический процесс. Начало ремиссии при алкоголизме принято считать не ранее, чем через 1 месяц

воздержания от употребления алкоголя. Кроме снижения и дезактуализации влечения к алкоголю, в ходе становления ремиссии отмечается выравнивание настроения, сна, затем изменения претерпевает социальное функционирование пациента. Вначале социализация больного носит скорее временный, нестойкий характер, несмотря на присутствующую порой интенсивность возобновления контактов. Лишь потом, при наличии проработки, которая возможна и более эффективна при наличии поддержки специалистов-психологов и психотерапевтов, а также – группы (ТС) эта социализация становится более зрелой и устойчивой. Одним из критериев становления ремиссии является развитие антиципационных способностей пациента, умения предвидеть и прогнозировать результаты своих действий и поступков. При становлении ремиссии в условиях отделения реабилитации или прохождения пациентом амбулаторной реабилитационной программы важно отслеживать ситуации, когда необходимо отличать психопатоподобные проявления болезни от расстройства адаптации с нарушением поведения или просто проявления привычного для человека поведения, вполне нормативного для того общества, с которым он привык общаться. Наваждение психологических проблем, осознание масштабов предстоящих трудностей поддержания своей трезвости, экзистенциальный страх перед новой трезвой жизнью вне стационара может приводить к понижению настроения. Это не всегда должно быть показанием к назначению антидепрессантов. Проработка в группе и со специалистом таких проблем и переживаний может быть не менее действенным способом их коррекции.

Заключение

Несомненно, что в данном пособии рассмотрены лишь некоторые частные вопросы психокоррекции в медицинской реабилитации. Особую группу могут составлять пациенты с психическими расстройствами на этапе реабилитации. В отношении реабилитации таких больных есть много наработок и доказавших свою эффективность реабилитационных программ (Кабанов М.М., 1978). Так

как эти пациенты проходят курс реабилитации по особой программе и в специализированных лечебных учреждениях, в рамках данного пособия их рассмотрение не предусмотрено, но основные принципы реабилитации для них во многом схожи с теми, что и для больных с соматической патологией.

Приведём характерные для большинства реабилитационных программ признаки, независимо от их клинической направленности. **Первое** – наличие трёх основных *этапов психологической реабилитации*: **раннего** (на этапе лечения острых проявлений заболевания, с информационной и мотивационной подготовкой к предстоящим психологическим изменениям в процессе выздоровления, профилактикой деструктивных и дезадаптивных последствий заболевания); **основного** (с проработкой основных психологических и психосоциальных проблем, возникающих вследствие болезни) и **позднего** (по терминологии, принятой в наркологической реабилитации, с закреплением и развитием полученных на основном этапе реабилитации навыков). **Второе** – это **необходимость** психообразовательной и психокоррекционной **работы с близким социальным окружением больных** в процессе медицинской реабилитации. **Третье** – **организация комплексной полипрофессиональной бригады специалистов**, с участием в реабилитационном процессе психологов, социальных работников и других специалистов, необходимых для реализации биопсихосоциальной модели комплексной реабилитации больных.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите основные психологические факторы, влияющие на развитие острого инфаркта миокарда.
2. Склонны ли больные, перенесшие острый инфаркт миокарда к недооценке своего состояния, нуждаются ли они в проработке со специалистом темы внутренней картины болезни?
3. Каковы основные преимущества «кардиошкол» для достижения целей комплексной медицинской реабилитации?
4. Влияет ли двигательный и речевой дефицит у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения на проявления депрессивной симптоматики в период реабилитации?
5. Есть ли существенная разница предоперационных и послеоперационных стрессов у больных хирургического профиля с точки зрения оказания психокоррекционных мероприятий в период реабилитации?
6. В чём особенность переживаний больных хирургического профиля, перенесших калечащую операцию, влекущую за собой выход на инвалидность?
7. Что означает термин «алекситимия»?
8. Каковы основные трудности реабилитации больных с посттравматическим стрессовым расстройством?
9. Насколько выражены проблемы злоупотребления психоактивными веществами у больных с посттравматическим стрессовым расстройством и как это может влиять на результаты реабилитационной работы?
10. Применимы ли реабилитационные мероприятия амбулаторно для больных с наркологическими заболеваниями, имеющими низкий реабилитационный потенциал?

Список литературы

1. Ачкасов Е.Е., Машковский Е.В., Творогова Н.Д. Психологические аспекты медицинской реабилитации. Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
2. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация: - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 368 с.
3. Петрова Н.Н., Пашковский В.Э. Кризис и кризисные расстройства: руководство для врачей. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 336 с.
4. Позднякова О.Ю. Принципы ведения пациентов после перенесенных инсультов или транзиторных ишемических атак в общеврачебной практике. Учебно-методическое пособие. – Ставрополь, 2020. С.25.
5. Лядова А.В., Лядова М.В. От патернализма к консюмеризму. Смена парадигмы взаимодействия врача и пациента // Общество: социология, психология, педагогика. – 2019. - №6. С.20-25.
6. Айви А.Е., Айви М.Б. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. – М.; 1999 – 487 с.
7. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1992, №2, с. 5-10.
8. Аронов Д.М./Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST/Российские клинические рекомендации. Предс. - проф. Аронов Д.М. – М., 2014. С.95.
9. Антоненко Н.Н. Социально-психологическая реабилитация онкологических больных. Автореферат на соискание дисс. к. пс. н. – Ярославль, 2007.
10. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. — М., Медицина, 1979. - 295 с.
11. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных. Метод. рекоменд. - : Л., 1983. – 34 с.
12. Балл Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности. // Вопросы психологии, 1989, №1, с.92-100.

13. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации психотерапии и реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. - М. 2000. 182 с.
14. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
15. Василюк Ф.Е. Психология переживания. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
16. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. – М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001. – 34 с.
17. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1993. - №2. – С. 33-39.
18. Гофман А.Г., Магалиф А.Ю. Опосредованная психотерапия в системе лечения больных алкоголизмом // Социал. и клинич. психиатрия.- 1991.- Вып. L - CL71 - 74..
19. Глотова Г.В., Богданец А.В., Яхно Д.И. Реабилитационные программы специализированной помощи комбатантам в условиях дневного стационара. В сб. Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях /Материалы научно-практической конференции. Вологда, 25-27 февраля 2003 г./ Под ред. Проф. Ю.А. Александровского. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2004. С.76-81.
20. Дереча В.А., Постнов В.В., Карпец В.В. Состояние «перманентной войны» в структуре расстройств адаптации у ветеранов боевых действий, больных алкоголизмом. В сб. Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях /Материалы научно-практической конференции. Вологда, 25-27 февраля 2003 г./ Под ред. Проф. Ю.А. Александровского. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2004. С.111-117.

21. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных/Руководство по наркологии под ред. Н.Н. Иванца – М.: ИД Медпрактика, 2002, с.222-271.
22. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации №2001/13. – М., 2001. 38 с.
23. Дудко Т.Н., Райзман Е.М., Белокрылов И.В., Круговых Н.Ф., Котельникова Л.А., Катузина Е.А., Папырин В.Д., Бондаренко С.Н., Храмов Е.Ю. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров. Методические рекомендации (новая медицинская технология). – М., 2006, 74 с.
24. Ениколопов С.Н Психотерапия при психотравматических стрессовых расстройствах// Российский психиатрический журнал.1998, №3 с.50-56
25. Загуровский В.М. Стресс и его последствия. / Медицина неотложных состояний; №7(62), - Харьков, 2014. С.11-23.
26. Зилов В.Г., Миненко И.А. Нелекарственная реабилитация посттравматических стрессовых расстройств различного происхождения. /Вестник международной академии наук (Российская секция). – 2006. №2. С.31-34.
27. Зыков О.В., Яремчук А.Д., Баушева И.Л., Гореликова Ю.В., Москвичёва В.В. Защита прав ребёнка. Социальные и юридические аспекты. – М.: Рос. Благотвор.фонд «Нет алкоголизму и наркомании (НАН)», 2001.
28. Ивашкина М.Г. Психокоррекция алекситимии у онкологических больных. В сб. тезисов IV Всероссийского Съезда онкопсихологов, Москва, 2012. С.11-14.
29. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л.: «Медицина». – 1978. Л.: Медицина, 1978. - 232 с.; 2-е изд., доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1985. - 216 с.

30. Камалиева И.Р. Взаимодействие врача и пациента. Социокультурный анализ //Вестник Бурятского государственного университета. Философия. 2019. Вып.2. С. 89-95.
31. Карпова Е.Г., Верёвкина Е.А. Принципы и метода комплексной реабилитации лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). /Приоритетные научные направления: от теории к практике. - №21, 2016. С.87-92.
32. Климусева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В. Психологическая реабилитация пациентов с трансплантированными органами в послеоперационный период / Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2013. Том 6, №4. с.99-105.
33. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический проект»; Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 460 с.
34. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об адаптации психически больных. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1996. - №1-2. С. 203 – 212.
35. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект. – 1999.
36. Кузнецов А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: лечение и реабилитация. В сб. Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях /Материалы научно-практической конференции. Вологда, 25-27 февраля 2003 г./ Под ред. Проф. Ю.А.Александровского. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2004. С.132-137.
37. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – М: София, 2001.
38. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. - В кн.: Эмоциональный стресс /Под ред. Л.Леви. – Л.: Медицина, 1970. – 328 с. – С. 178 – 208.
39. Личко А.Е. Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии. // Обозрение психиатрии и медицинской

- психологии им. В.М.Бехтерева, 1993, №1, с.5 – 17.
40. Личко А.Е. Проблема бессознательного и психология отношений. — В кн.: Бессознательное. — Тбилиси, Мецниереба, 1978, т.2. С. 449—453.
41. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: «МЕДпресс-информ», 2002. — 592 с.
42. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврогенеза. — Издательский дом «Городец», 2018.
43. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
44. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: Академический проект, 1999. — 416 с.
45. Медведев В.И. О проблеме адаптации // Компоненты адаптационного процесса. - Л.: Наука, 1984.- С.3-16.
46. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. — М.: Сфера, 2002. — 510 с.
47. Пермякова О.А., Валинурова И.Р. Психосоциальная реабилитация участников вооружённых локальных конфликтов. В сб. Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях /Материалы научно-практической конференции. Вологда, 25-27 февраля 2003 г./ Под ред. Проф. Ю.А.Александровского. — М.: ГЭОТАР – МЕД, 2004. С.151-155.
48. Платонов К.К. Структура и развитие личности. — М.: Наука, 1986. — 256 с.
49. Психология экстремальных ситуаций. Под общ. ред. Ю.С. Шойгу. — М.: Смысл; Изд. центр Академия, 2009. — 320 с.
50. Психотерапевтическая энциклопедия /Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 3-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2006. — 944с.
51. Прокудин, В.Н. Психотерапевтическая служба в соматической больнице / В.Н. Прокудин // Российский медицинский журнал. 2004. — № 2. — С. 4–9.

52. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
53. Светкина А.А. Психологическая реабилитация больных с ОНМК // Медицинская психология в России. - 2016. - Т. 8, № 5. - С. 7.
54. Симеонова Н.К. Роль конституции в патологии. – В кн.: Патологическая физиология. / Под ред. Н.Н. Зайко. – Киев: Вища школа, 1985. – 575 с. – С. 68 – 73.
55. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
56. Чулкова В.А. О месте онкопсихологии в структуре психологической науки. В сб. тезисов IV Всероссийского Съезда онкопсихологов, Москва, 2012. С.8-10.
57. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Медицина, 1987. – 304 с.
58. Ушатиков А.И., Казак Б.Б. Пенитенциарная психология. - Р.: 1998. – 260 с.
59. Фаттахов В.В. Технологии реабилитации участников боевых действий в специализированном центре реабилитации. В сб. Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях /Материалы научно-практической конференции. Вологда, 25-27 февраля 2003 г./ Под ред. Проф. Ю.А. Александровского. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2004. С.172-181.
60. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. М., 2000.
61. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. – М.: Медицина, 1990. 416 с.
62. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
63. Deits B. Life after loss // Fisher books, 2000.
64. Prochaska J.O. DiClemente C.C., Norcross J. Search of How People to Change (Application to Addictive Behaviors) // American Psychologist. - 1992. - P. 12 - 18.